

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

**JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO**

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA  
ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS, SC  
2016**



**JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO**

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA  
ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.  
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

**FLORIANÓPOLIS, SC  
2016**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Albiero, José Francisco Gontan

Avaliação da integração ensino-serviço na atenção básica do sistema único de saúde / José Francisco Gontan Albiero ; orientador, Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas - Florianópolis, SC, 2016.

184 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação. 3. Integração docente assistencial. 4. Atenção básica. I. Freitas, Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

**JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO**

**AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA  
ATENÇÃO BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Coletiva.

Florianópolis, 17 de junho de 2016

---

Prof<sup>a</sup> Josimari Telino De Lacerda, Dra.  
Coordenadora do Curso

**BANCA**

---

Prof.. Sergio Fernando Torres De  
Freitas, Dr  
UFSC (Orientador)

---

Prof. Douglas Francisco  
Kovaleski, Dr,  
UFSC

---

Prof<sup>a</sup>. Lígia Giovanella, Dr<sup>a</sup>  
Fundação Oswaldo Cruz  
(ENSP/FIOCRUZ)

---

Prof<sup>a</sup>. Maria Cristina Marino  
Calvo, Dr<sup>a</sup>  
UFSC

---

Prof<sup>a</sup>. Stela Maria Meneghel, Dr<sup>a</sup>  
Instituto Nacional de Estudos e  
Pesquisas Educacionais (INEP)

---

Prof<sup>a</sup>. Sônia Natal, Dr<sup>a</sup>.  
UFSC



Ao Francisco e Antônio, seres  
iluminados que dão significado a  
minha existência.





## AGRADECIMENTOS

Entre tantos que colaboraram científica e afetivamente nessa jornada gostaria de citar especialmente:

Os meus professores e colegas do PPGSC, em especial do NEPAS, pela possibilidade ímpar de construir conjuntamente conhecimentos e vínculos verdadeiros.

A Universidade Regional de Blumenau, Centro de Ciências da Saúde e Departamento de Fisioterapia pelo incentivo e apoio permanente.

As secretarias de saúde, os profissionais do serviço, comunidade, docentes e estudantes envolvidos em todos os momentos deste estudo.

Ao professor e orientador Sérgio Fernando Torres de Freitas que tanto admiro, pela atenção, conhecimento, disponibilidade e baita parceria que construímos. Não ocorreu um único encontro em que eu tenha deixado de aprender algo do campo científico ou da vida.

Aos professores que aceitaram ler, participar da banca e contribuir com muito carinho nesta pesquisa.

Ao meu velho José (*in memoriam*) que fica de olho onde quer que esteja. E a minha mãezona Dona Lourdes benção e amor incondicional na minha vida.

A minha família amorosamente intensa Luciana, Jonas, Amanda, Gabriel e Elisa por proporcionar a sensação incrível de nunca estar sozinho.

Aos meus outros familiares e grandes amigos, em especial do ‘C6’ e ‘Indians’ pelos abraços e sorrisos fáceis.



“É que tem mais chão nos meus olhos  
do que cansaço nas minhas pernas,  
mais esperança nos meus passos do que  
tristeza nos meus ombros, mais estrada  
no meu coração do que medo na minha  
cabeça.”

Cora Coralina



## RESUMO

No Brasil, os últimos anos evidenciaram políticas educacionais e de saúde que estimulam e induzem a educação permanente dos profissionais e a formação no e para o SUS. Neste sentido a integração ensino-serviço se configura como elemento essencial para colaborar na formação acadêmica, na motivação e aperfeiçoamento do profissional da rede e na qualidade das ações prestadas à comunidade. Esta tese se propôs avaliar a efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica do SUS. Para tal percorreu um caminho composto por quatro grandes etapas. A primeira foi a construção de uma tipologia de unidade docente assistencial para AB que leva em conta dois pontos chaves para o processo de integração ensino-serviço: a característica da orientação, por supervisão ou por preceptoria; e processo de trabalho na unidade, com agenda compartilhada (com a rotina da equipe do serviço) ou agenda própria para o grupo da universidade. Posteriormente, na perspectiva de avaliação participativa, ouviu os implicados sobre os elementos e indicadores para a efetividade da integração. Foram destacados pelos participantes como elementos condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço: a institucionalização do processo; o compromisso com o SUS e a integração (perfil dos indivíduos); a longitudinalidade das ações e práticas na comunidade; o planejamento conjunto das ações visando compassar objetivos pedagógicos e demandas locais; a incorporação de avaliação parcial, acompanhamento e avaliação final das atividades e uma estrutura física adequada. Referente aos indicadores de avaliação para a efetividade da integração ensino-serviço os participantes do estudo concordam com os identificados pela literatura: ampliação do acesso; fortalecimento do controle social; aumento da adesão às ações realizadas, a adequação e reformulação dos currículos universitários, aperfeiçoamento dos profissionais e aumento da resolubilidade da atenção básica. A terceira etapa foi realizada com apoio da literatura, a consulta aos envolvidos e a discussão entre especialistas da área de avaliação e representantes dos grupos para construção de uma matriz avaliativa composta por quatro dimensões e dez indicadores que visam identificar qual (is) os tipos de unidades docente-assistenciais que mais ou menos favorecem a efetividade da integração. Finalmente, após testagem, o modelo avaliativo e a matriz utilizada mostraram-se viáveis e permitiram aferir a efetividade nas unidades selecionadas. Para o favorecimento do processo integração o elemento ‘manejo de agendas’ é determinante. Os quatro melhores escores de pontuação foram alcançados nas unidades com

processos de trabalho compartilhados. Por outro lado, o elemento relacionado à condução das ações identificou um ligeiro predomínio de supervisão sobre a preceptoria nas unidades melhor pontuadas e da preceptoria sobre a supervisão nas unidades piores classificadas.

**Palavras-chave:** saúde coletiva. avaliação. integração docente-assistencial. atenção básica

## ABSTRACT

In Brazil, the last years have highlighted educational and health policies that stimulate and induce permanent professional education and formation in and for SUS. In this sense the teaching-service integration is configured as an essential element to collaborate in academic training, motivation and improvement of the professional network and quality of actions provided to community. This thesis was proposed to evaluate the effectiveness of the teaching-service integration in SUS primary care. To this, followed a path comprised of four major steps. The first was the construction of a typology of teaching aid unit to AB that takes into account two key points in the process of teaching-service integration: the characteristic of orientation, by supervision or preceptorship; and work process in the unit, with shared agenda (with the routine of the service staff) or own agenda for the university group. Posteriorly, in the participatory evaluation perspective, heard those implicated on the elements and indicators for the effectiveness of integration. They were highlighted by participants as conditioning elements for the effectiveness of the teaching-service integration: the process of institutionalization; the commitment to SUS and the integration (profile of individuals); the longitudinality of the actions and practices in the community; joint planning of actions aiming at estimate pedagogical objectives and local needs; the incorporation of partial evaluation, monitoring and final evaluation of the activities and an appropriate physical structure. Regarding the evaluation indicators for the effectiveness of the teaching-service integration the study participants agree with those identified in the literature: increased access; strengthening of social control; increase of adhesion to actions performed, the adequacy and reformulation of university curricula, training of professionals and increase of the solvability of primary care. The third step was performed with literature support, the consultation of involved and discussion among experts in the field of assessment and representatives of groups to build an evaluative matrix composed of four dimensions and ten indicators that are intended to identify which one (s) types of teaching-care units that more or less favor the effectiveness of integration. Finally, after testing, the evaluation model and the matrix employed proved to be feasible and made possible to measure the effectiveness on different types of UDAs. In relation to the beneficitation of integration is apparent that the 'management agendas' element is determinant to the process evidenced that the four best scores on units with shared work processes. On the other hand, the element related to conduction of actions identified a

slight predominance of supervision under preceptorship in the best scored units and of preceptorship under supervision in the worst classified units.

**Keywords:** public health. evaluation. teaching-care integration. primary care



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Modelo Teórico-Lógico para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica .....	74
--	----



## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Qualidade na perspectiva de Scriven (1991) e Sander (1995) .....	58
Quadro 2 - Indicadores selecionados e respectivos autores de referência .....	68
Quadro 3 - Dimensões e Indicadores da Matriz Avaliativa.....	71



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
AB	Atenção Básica
UDA	Unidade Docente Assistencial
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
MS	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação
NEPAS	Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde
PPGSC	Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
IES	Instituição de Ensino Superior
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
CCS	Centro de Ciências da Saúde
MTL	Modelo Teórico-Lógico
CIES	Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde



## SUMÁRIO

CONTEXTUALIZAÇÃO .....	27
1 OBJETIVOS .....	37
1.1 OBJETIVO GERAL .....	37
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	37
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	39
2.1 A INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL / INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO BRASIL .....	39
<b>2.1.1 Integração ensino-serviço no Brasil – breve revisão histórica</b>	<b>40</b>
<b>2.1.2 Integração Ensino-Serviço na Literatura Especializada .....</b>	<b>45</b>
2.1.2.1 Como a Integração Ensino-Serviço aparece na Literatura Especializada? .....	46
2.1.2.2 Avaliação da Integração Ensino-Serviço e suas Repercussões nos Envolvidos.....	51
2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O NEPAS – NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE – UFSC	54
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	61
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	61
3.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA .....	62
<b>3.2.1 Primeira Etapa – Da idéia bruta ao aprofundamento da literatura (2012/II e 2013).....</b>	<b>62</b>
<b>3.2.2 Segunda Etapa - A Tipologia de Unidades Docente-Assistenciais na Atenção Básica (2013) .....</b>	<b>63</b>
<b>3.2.3 Terceira Etapa – A Definição da Pesquisa, a Banca de Qualificação e a Apreciação do Comitê de Ética (2014) .....</b>	<b>65</b>
<b>3.2.4 Quarta Etapa – A Percepção dos Envolvidos (gestão – serviço – ensino – comunidade) sobre Elementos e Indicadores para a Efetividade da Integração Ensino-Serviço (2015) .....</b>	<b>66</b>
<b>3.2.5 Quinta Etapa – Construção da Matriz Avaliativa e Submissão a Oficina de Consenso – Comitê de Especialistas (2015) .....</b>	<b>68</b>
<b>3.2.6 Sexta Etapa – O Retorno ao Campo e a Aplicação da Matriz Avaliativa Proposta (2016) .....</b>	<b>70</b>
3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	72
4 MODELO TEÓRICO LÓGICO .....	73

4.1 RATIONALES .....	75
4.1.1 Constituição Federal e Lei 8080/1990.....	75
4.1.2 Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) – Portaria 198 de 13/02/2004 .....	75
4.1.3 Educação Permanente em Saúde.....	76
4.1.4 PNEPS – Orientações e Diretrizes para Operacionalização da PNEPS.....	76
4.1.5 Portaria 1996 de 20/08/2007 – Diretrizes para a Implantação das PNEPS.....	77
4.1.6 Pacto pela Saúde / de Gestão do SUS (2006).....	77
4.1.7 Diretrizes Curriculares Nacionais para a Saúde (2001-2004) 78	
4.1.8 Quadrilátero da formação para a área da saúde (2004).....	78
4.1.9 Efetividade da Integração Ensino-Serviço.....	78
4.1.10 Atenção Básica .....	79
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	81
5.1 MANUSCRITO 01.....	81
5.2 MANUSCRITO 02.....	94
5.3 MANUSCRITO 03.....	104
5.4 MANUSCRITO 04.....	119
5.5 MANUSCRITO 05.....	143
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	159
REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICE.....	175
APÊNDICE A- ENTREVISTA APLICADA AOS ENVOLVIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (GESTÃO – SERVIÇO – COMUNIDADE – ENSINO) .....	175
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENVOLVIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (GESTÃO – SERVIÇO – COMUNIDADE – ENSINO) .....	176
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS DA REDE – REFERENTE À DIMENSÃO SERVIÇO: INDICADOR 03 (MOTIVAÇÃO) .....	177
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS REPRESENTANTES DA COMUNIDADE - DIMENSÃO	



COMUNIDADE: INDICADORES 06 (SATISFAÇÃO) E 07 (FORTALECIMENTO CONTROLE SOCIAL) .....	179
APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE – DIMENSÃO ENSINO: INDICADORES 08 (AMPLIAÇÃO CONCEITO SAÚDE) E 09 (AMPLIAÇÃO CONHECIMENTO SUS).....	182
REFERÊNCIAS DOS APÊNDICES C, D E E.....	184



## CONTEXTUALIZAÇÃO

O início deste século, por força de políticas indutoras do Ministério da Saúde e da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, propôs/impôs um desafio para todos os atores envolvidos no Sistema Único de Saúde (SUS) e para as Instituições de Ensino Superior (IES) formadoras na área da saúde no Brasil: a formação de profissionais competentes para atuar na saúde da comunidade brasileira, mas fundamentalmente voltado para o SUS, e ainda, a formação permanente em serviço para os profissionais visando a melhoria no cuidado da comunidade.

Neste contexto, Ceccim e Feuerwerker (2004), Carvalho e Ceccim (2006), Amâncio Filho (2004) e Luchese e Pereira (2009) questionam e criticam tanto a formação de novos profissionais quanto as práticas de saúde desenvolvidas nos serviços do SUS.

Para os autores, as instituições formadoras perpetuam modelos conservadores, compartimentando o indivíduo e investindo alto em tecnologias e especialidades. Concordam que estes procedimentos e atualizações técnicas constantes são importantes na formação, porém aspectos como produção de subjetividade, habilidades de pensamento e conhecimento do SUS também são essenciais. Na observação dos serviços é possível perceber ações em saúde na lógica da medicalização, verticalização de programas e ações fragmentadas entre profissionais e comunidade.

Desde a Constituição Federal de 1988, no artigo 200 inciso III fica definido, dentre outras atribuições, que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”. Esta determinação se configura com maior detalhamento e profundidade especificamente nos artigos 14 e 27 da Lei Orgânica 8080/90. Ambos os artigos versam sobre a formação e a educação permanente dos profissionais em serviço do país. (BRASIL, 1990)

O artigo 14 da Lei Orgânica da Saúde estabelece que devem ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Estas comissões têm por finalidade definir prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como para a pesquisa e a cooperação técnica entre essas instituições.

O artigo 27 estabelece que a política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento a vários objetivos. Dentre eles

destaca-se o primeiro: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

Para Cavalheiro e Guimarães (2011) o artigo 27 da lei 8080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população.

No início da década de 2000, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da Saúde também tenciona as instituições de ensino superior a questionar suas concepções, modelos e currículos.

Dentre os pontos consensuais, ressalta-se que os cursos de graduação em saúde deverão formar um profissional generalista, humanista e reflexivo junto aos contextos reais da comunidade. E que dentre suas competências e habilidades gerais destacam-se as de atenção à saúde da população na prevenção, promoção e recuperação da saúde bem como a prática de educação permanente com compromisso de educação das futuras gerações de profissionais. (ALMEIDA, 2003)

Levando em consideração o cenário propício, a legislação e a relevância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde, em fevereiro de 2004 foi instituída por Portaria Ministerial (198/2004) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. (BRASIL, 2004).

Educação permanente como prática de ensino e aprendizagem, ou seja, construção de conhecimentos na rotina, realidade e cenário das ações de saúde. O que faz o processo acontecer é a realidade vivida por todos os envolvidos, seus problemas, dúvidas, angústias e mudanças. (CECCIM e FERLA, 2005; CECCIM, 2005)

Na PNEPS ficam estabelecidas diretrizes para a educação permanente no país e sua condução se dá por um Colegiado de Gestão. Ele tem funções desde o diagnóstico até a formulação de políticas para articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino e, ainda, de pactuação e negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde. (BRASIL, 2004)

No entender de Cunha e Magajewski (2012), o objetivo da gestão do SUS ao propor a política de educação permanente foi construir uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde, principalmente por meio da constituição de Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço responsáveis pela elaboração de projetos de mudança formação (técnica, graduação e pós), a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e, por conseguinte a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção em saúde da população.

A política destaca pontos chaves para sua efetivação: a) articulação do ensino, trabalho e sociedade; b) construção da relação e vínculo constante entre a formação, a gestão, atenção a saúde e o controle social; c) transformação da rede SUS em cenário e espaço para a educação profissional e; d) nos territórios (bases locais e regionais) devem ser construídos laços de cooperação entre ensino e serviço para formular estratégias para qualificar o processo (formação, educação dos profissionais, a atenção a saúde e o cuidado individual e coletivo) fortalecendo assim o controle social e a intersetorialidade. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; CECCIM e FERLA, 2005).

No Brasil, o controle social foi eixo de debate na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986 e institucionalizado em 1990 pela lei 8142/90. Refere-se à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle da ação do Estado. Dessa forma é considerado um dos principais instrumentos para promover a democratização da saúde, propiciando a participação efetiva da sociedade na busca da garantia dos direitos conquistados constitucionalmente. (ARANTES *et al*, 2007)

A Portaria 198/2004 ainda destaca que a grande expectativa em relação à implementação da PNEPS é a instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (práticas de formação, produção de conhecimento e cooperação técnica), os órgãos de controle social em saúde (movimentos sociais e educação popular) e as ações e os serviços de atenção à saúde (profissionais e suas práticas). (BRASIL, 2004).

Com base nas reflexões descritas se configura o objeto de investigação deste estudo: a integração ensino-serviço na Atenção Básica do SUS.

Ceccim e Feuerwerker (2004), em texto clássico, concebem a integração ensino-serviço de forma ampliada como ensino, gestão,

atenção e controle social e inspira Albuquerque *et al* (2008) ao definir integração ensino-serviço como:

[...] o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva da comunidade, à qualidade da formação profissional e o desenvolvimento e satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 2)

No conceito acima é perceptível a presença de pressupostos para se caracterizar a integração ensino-serviço que será investigada nesse estudo: a) contato do corpo docente e discente da instituição de ensino com a equipe de trabalhadores da saúde; b) objetivo de formação bilateral, tanto da comunidade acadêmica envolvida quanto dos profissionais do serviço e c) foco, fundamentalmente, na qualidade da atenção prestada individual e coletivamente à comunidade.

No primeiro ponto, que se relaciona à formação dos novos profissionais e as possíveis repercussões da integração ensino-serviço na comunidade acadêmica, Ferla, Famer e Santos (2013) e Cunha e Magajewski (2012) destacam alguns aspectos: a diminuição da distância entre a formação universitária e a realidade e necessidades do SUS; a aproximação das ações e projetos das prioridades locais e ainda a criação de sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços.

No entanto, Ceccim (2005) destaca que na formação acadêmica as mudanças curriculares não são a primeira prioridade, mas sim a orientação pedagógica e filosófica (concepção) dos cursos e Machado *et al* (2007) argumenta que esta integração estimula nos envolvidos práticas multiprofissionais, interdisciplinares, humanizadas e compartilhadas contribuindo assim no desenvolvimento de ações de cuidados e formação permanente pautada pelo SUS.

No segundo ponto de participação da integração ensino-serviço no cotidiano do SUS, discute-se a qualificação e aperfeiçoamento dos profissionais em serviço. Na própria política é perceptível resultados esperados neste sentido destacando agregação de aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolubilidade da clínica e a promoção de saúde coletiva (BRASIL, 2004).

Acompanhando esta reflexão, Ferla Famer e Santos (2013) e Ceccim (2005) enfatizam que a qualificação dos profissionais em

serviço passa por mudanças nas práticas e produção conjunta de conhecimentos, de subjetividade, de habilidades técnicas e de conhecimento adequado do SUS.

E por fim, o terceiro ponto para o debate: as repercussões da educação em serviço na qualidade dos atendimentos prestados a comunidade tanto individual quanto coletivamente. Caetano Diniz e Soares (2009) e Feurerwerker e Sena (2002) destacam a qualidade da assistência prestada a partir da modificação dos serviços de saúde, na busca por maior integralidade, efetividade, resolubilidade, adequação à realidade local e estímulo à participação popular. Campos *et al* (2001) tem a expectativa de uma assistência à saúde mais efetiva, equânime e de qualidade.

Muitos estudos como os de Cavalheiro e Guimarães (2011), Albuquerque *et al* (2008), Sousa e Carcereri (2011), Castro *et al* (2012), Reibnitz (2012) Brehmer (2013) destacam a integração ensino-serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular. Porém, estudos que enfoquem as repercussões da integração ensino-serviço nos trabalhadores e, por conseguinte, na qualidade dos serviços prestados à comunidade são raros.

Neste sentido, este estudo se propõe a contribuir efetivamente na qualificação do processo por meio da construção participativa, validação e aplicação de um modelo de avaliação da integração ensino-serviço e posteriormente seus resultados servirem de subsídio para refletir e aprimorar o processo para todos os envolvidos.

Neste momento é importante salientar os recortes realizados no objeto de investigação e o conceitual de alguns termos que são usados de forma recorrente ao longo desta tese.

A integração ensino-serviço investigada nesta pesquisa tem seu foco na Atenção Básica.

A definição da Atenção Básica como lócus da avaliação ocorre em função das suas características. A Atenção Primária à Saúde é cenário privilegiado com posição estratégica na rede de atenção à saúde para promover mudanças na formação, na problematização dos processos de trabalho e na proximidade e estimulação da autonomia das pessoas.

Dentro deste cenário, foi selecionado a Estratégia de Saúde da Família para os estudos empíricos por entendermos que as equipes de SF são a referência da Atenção Básica e, portanto, onde se tem expectativa

de maior favorecimento para a integração ensino-serviço. (MADRUGA *et al* 2015; FAGUNDES e BURNHAM, 2005)

Os termos ‘integração ensino-serviço’ e ‘ensino em serviço’ são utilizados como sinônimos. No entanto o termo ‘docente assistencial’ no entender de autores como Chaves e Rosa (1990) e Caetano, Diniz e Soares (2009) não é bem aplicado. Descrevem que ‘assistencial’ limita a ação dos serviços a práticas curativas e afasta ações de promoção de saúde e cuidado e o termo ‘docente’ restringe o enfoque para a perspectiva de aprendizado tradicional, de repasse de conhecimento pelo profissional especializado. Neste sentido, diferenciam conceitualmente a integração ensino-serviço e docente assistencial. A ‘integração docente assistencial’ tem caráter didático pedagógico prioritariamente enquanto a ‘integração ensino-serviço’ é estrutural e institucionalizada focalizando também como prioridade o cuidado a comunidade.

A pesquisa assume esse ajuste conceitual, porém utiliza ao longo do texto o termo: ‘unidade docente assistencial (UDA)’ em função de ser uma nomenclatura recorrente e consolidada no cotidiano dos participantes da integração. Em todos os períodos de coleta de dados deste estudo, os participantes entendem UDA como unidades de saúde do SUS que tenham atividades em parceria com as instituições de ensino superior com presença da comunidade acadêmica em atividades de ensino e/ou pesquisa e/ou extensão.

Por fim, esta pesquisa se propõe construir um modelo e matriz para avaliar a efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica. Na área de avaliação a variabilidade terminológica nas abordagens teóricas, atributos e definições conceituais é um desafio. Em função desta polissemia Hartz (2005) alerta para a necessidade de explicitar além da teoria e metodologia da avaliação o entendimento dos pesquisadores dos conceitos assumidos.

Neste estudo, o conceitual de efetividade é o mesmo adotado nas pesquisas e estudos do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS/UFSC) no qual efetividade é critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida. (SANDER, 1995; SCARATTI, 2007; NICKEL, 2008; COLUSSI, 2010; KOVALESKI 2011).

A integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir na transformação e qualificação da formação acadêmica, da formação em serviço e na qualidade da assistência prestada à comunidade.

As questões que nortearam a pesquisa são:



- a) Quais os elementos essenciais para se ter efetividade da integração ensino-serviço na perspectiva dos envolvidos (gestão, ensino, serviço e controle social)?
- b) Quais os indicadores de efetividade devem ser considerados na avaliação da integração ensino-serviço na ótica dos envolvidos?
- c) Nas unidades docente-assistenciais, a integração com o ensino é efetiva para a formação permanente dos profissionais da atenção básica?
- d) Nas unidades docente-assistenciais, a integração com o ensino é efetiva para a qualidade da assistência prestada a comunidade?
- e) Nas unidades docente-assistenciais, a integração com o ensino é efetiva para a formação dos novos profissionais?
- f) Existem variações de efetividade da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais?

Quatro fatores fundamentais justificam a realização do presente estudo: a) a relação histórica e inquietação do pesquisador frente ao tema; b) o entendimento de que para acompanhar o cumprimento de uma política pública é fundamental estabelecer avaliações cuidadosas e criteriosas que possibilitem ajustes e adequações constantes; c) os investimentos financeiros para este fim, especialmente na última década, são pesados e distribuídos em praticamente todo o território nacional e d) a construção de subsídios e elementos científicos para qualificar a integração ensino-serviço no país.

Docente da área da saúde há mais de 15 anos e trabalhando diariamente com ensino, pesquisa e extensão (tanto em sala de aula como junto aos cenários de prática no SUS do município e região) sempre me inquietaram os desafios que temos para consolidar o sistema especialmente para a implementação efetiva de seus princípios e políticas.

Dentre os desafios, o que sempre me preocupou foi o da formação dos novos profissionais para atuar no SUS. As Diretrizes Curriculares Nacionais para a Saúde, publicadas entre 2001 e 2004, apontam para a necessidade de profissionais participativos, reflexivos, críticos, aptos ao trabalho em equipe, visando a integralidade do cuidado e inseridos na comunidade. (ALMEIDA, 2003)

Como fazer isso com um modelo de formação conservador com repasse exclusivo de conteúdos técnicos?

Na pesquisa do mestrado, examinei as práticas de saúde de docentes e discentes de fisioterapia para perceber as concepções dos modelos cartesiano e integral no dia a dia de trabalho à luz de conceitos do filósofo Immanuel Kant e percebi que uma das formas de associar o suporte teórico construído ao longo da graduação aos indicativos das Diretrizes Curriculares Nacionais Saúde era o ensino em serviço junto à comunidade. (ALBIERO e MENEGHEL, 2009).

Este estudo impactou nas minhas práticas docentes e me inseri em atividades que priorizassem e oportunizassem a integração ensino-serviço. A universidade que trabalho constituiu um grupo multiprofissional em saúde coletiva e possibilita a oportunidade, desde então, de participar de programas governamentais como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet Saúde) além do Mestrado em Saúde Coletiva e de ações de pesquisa e extensão junto à comunidade local e região.

Ao longo da última década, desde a publicação da Política Nacional de Educação Permanente, foram perceptíveis avanços no processo e a literatura traz elementos que comprovam isso. Porém, a maioria destas repercussões é evidenciada na formação dos novos profissionais. São raros os estudos que destacam a integração ensino-serviço impactando nos trabalhadores da saúde e comunidade.

Além disso, sentia / sinto um incômodo e desconforto nessa relação. As ‘relações orgânicas’, essa engrenagem entre os protagonistas objetivando repercutir positivamente na gestão, no serviço, na universidade e na comunidade não me parece / parecia harmoniosa. A universidade precisa ir para o campo e o serviço presta uma ‘ajuda’ para a formação de novos profissionais. Em contrapartida a universidade também entende que ‘ajuda’ o serviço por ampliar seu escopo de ação e acesso. Os gestores das instituições fazem acordos e convênios, porém a sensação é que um faz / fazia “favor” ao outro.

Seguindo este percurso de aprofundar o tema, cursei este doutorado no intuito de me tornar sanitarista, mas também pretendo me apoiar na avaliação para qualificar o processo para todos os envolvidos.

No segundo item de relevância, a necessidade de avaliar o ponto nevrálgico de uma política pública com mais de uma década no Brasil. Nos estudos como, por exemplo, da efetividade da atenção básica, autores apontam que as políticas públicas, por mais que bem-

intencionadas e continuadas, podem não atingir seus objetivos e as expectativas da população e que somente avaliações rigorosas poderão revelar seus resultados. (FACCHINI *et al*, 2008; VIACAVA, 2004).

Embora desafiadora, a avaliação é fundamental para estabelecer se as políticas, programas e serviços de saúde estão indo ao encontro das necessidades da população e cumprindo o papel para os quais foram construídas. (HARTZ e VIEIRA SILVA, 2005).

Além disso, a avaliação em saúde (rigorosa com critérios e indicadores) se propõe a fazer parte do cotidiano dos gestores, dos profissionais e de todos os envolvidos com objetivo de emitir juízo de valor com vistas a qualificar os processos sujeitos da avaliação.

Felisberto (2006) defende que o ato de avaliar só agregará valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas gerarem aprimoramentos institucionais e profissionais.

No que tange à destinação de recursos financeiros, a política governamental na última década aponta para investimentos pesados na formação de profissionais e, ainda, para o desenvolvimento constante dos profissionais do serviço. Iniciativas como, por exemplo, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), Programa TELESSAÚDE Brasil são demonstrações claras desta preocupação.

E finalmente, este estudo tem a pretensão de contribuir com elementos científicos (emergidos dos sujeitos do processo) e subsídios teóricos para ampliar, modificar e qualificar a integração ensino-serviço. Busca-se contribuir na perspectiva de que a integração ensino-serviço seja estratégia de consolidação do SUS, de formar e aprimorar o trabalhador e a comunidade acadêmica em serviço e construir práticas de saúde e cuidado com qualidade e de acordo com a necessidade da população.

Com base nas leituras, reflexões e debates sobre este tema a pesquisa assume hipóteses: a) existem variações de ‘modelos’ de integração ensino-serviço na Atenção Básica nos municípios; b) a integração ensino-serviço tem variações significativas de efetividade em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais; c) ocorrem aproximações entre os envolvidos na integração ensino-serviço (gestão – serviços de saúde – universidade – comunidade) de quais os elementos e os indicadores a serem considerados para se ter efetividade e qualidade do processo; d) as unidades docente-assistenciais que possuem processos de trabalho compartilhados com o ensino têm maior integração e e) as

unidades docente-assistenciais em que as universidades têm processos de trabalho próprios não ocorre integração ensino-serviço.

## **1 OBJETIVOS**

### **1.1 OBJETIVO GERAL**

Construir modelo e matriz para avaliar a efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica do SUS.

### **1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Reconhecer os elementos e indicadores de efetividade para a integração ensino-serviço à partir dos envolvidos;

Identificar a efetividade da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais;

Realizar a testagem do modelo e da matriz avaliativa na Atenção Básica do SUS;

Propor um modelo de integração ensino-serviço de maior efetividade para qualificar a formação acadêmica, a formação em serviço e as práticas do cuidado.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 A INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL / INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NO BRASIL

Este item é composto por dois momentos distintos, porém complementares.

Na primeira parte do texto, apresenta-se uma revisão histórica e de trajetória da integração ensino-serviço no país que além de fundamentar a contextualização da pesquisa serve como uma pequena introdução do segundo momento deste capítulo.

Na segunda parte desta revisão teórica foi realizado um mapeamento na literatura com o objetivo de responder dois questionamentos: a) “como a integração ensino-serviço aparece na literatura especializada?” b) “existem estudos avaliativos sobre a qualidade e/ou as repercussões da integração ensino-serviço nos envolvidos?”

Para tal, foram consultadas a Base de Dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) nas fontes de informação de Ciências da Saúde composta pelas bases: LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde; IBECs: Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde; MEDLINE: Literatura Internacional em Ciências da Saúde; Biblioteca Cochrane e SciELO: Scientific Eletronic Library Online. E ainda o BDTD: Banco Digital de Teses e Dissertações.

Nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foi encontrado apenas um termo relacionado “serviços de integração docente assistencial (teaching care integration services / servicios integraci3n docente asistencial). E como palavras chave foram utilizadas: integra33o docente assistencial; integra33o ensino-servi3o; ensino em servi3o.

Na primeira consulta foram inclusas na sele33o artigos cient3ficos, disserta33es e teses dispon3veis na3ntegra em meio eletr3nico. O per3odo de publica33o entre os anos de 2001 e 2014 nos idiomas portugu3s, ingl3s e espanhol.

A op33o de iniciar a varredura no ano de 2001 3 justificada por ser o ano de publica33o das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos da Sa3de (DCN – Sa3de) e um dos itens que perpassam todos os cursos no documento 3 a forma33o dos futuros profissionais pr3xima 3 realidade do servi3o de sa3de e a comunidade (ALMEIDA, 2003)

A partir destes condicionantes, na primeira busca foram encontrados 931 resultados na BVS e 31 na BDTD, por3m a maioria dos trabalhos fazia rela33o a atividades espec3ficas de educa33o em sa3de,

promoção de saúde, ações pontuais em condições clínicas e foram descartados. Para a segunda etapa foram selecionados 64 artigos da BVS, 26 dissertações e 5 teses da BDTD.

Vale destacar que nos últimos anos (2011 em diante) ocorreu um aumento exponencial nas publicações. Analisando o conteúdo dos resumos, observa-se que um dos motivos está relacionado à divulgação de experiências, iniciativas, repercussões de programas governamentais como Pró-Saúde e PET Saúde e, ainda, de modificações na formação da área da saúde usando como ferramenta a integração ensino-serviço. Além disso, observam-se que revistas abriram espaço para o debate, inclusive com suplementos específicos sobre o tema.

Na segunda etapa foram lidos cuidadosamente os resumos de todos os trabalhos selecionados buscando identificar a relação com o tema e especialmente a capacidade de responder as perguntas desta pesquisa bibliográfica.

Finalizada esta etapa foi definido o grupo de 29 artigos científicos, 06 dissertações e 02 teses para leitura e análise.

### **2.1.1 Integração ensino-serviço no Brasil – breve revisão histórica**

Desde a criação das primeiras escolas na área de saúde no Brasil os cursos utilizaram dos serviços de saúde existentes (especialmente hospitais filantrópicos) para suas práticas de ensino. Nas décadas de 1950 e 1960, as faculdades criavam serviços onde o ensino era prioridade em detrimento à atividade assistencial. Na crítica de Marsiglia (1995 p. 15) “os pacientes eram submetidos às relações de dominação que caracterizam o padrão de proteção social baseado no assistencialismo; o doente era um indigente que deveria aceitar o quê lhe ofereciam”.

A Reforma Universitária de 1968 resultou em várias ações, foram criados departamentos e institutos, tentativas de pesquisas adequadas à realidade nacional, busca de melhores relações da universidade com a sociedade e a incorporação do tripé ensino, pesquisa e extensão da nova universidade brasileira. (BAPTISTA *et al* 2006) Durante a década de 1970, seguindo nesta linha extensionista, foram criados “serviços de extensão da universidade” ou “serviços-escola”, porém mantinham a lógica de experimentação / demonstração de aula prática, onde o sujeito ou poder público não interferiam. (MARSIGLIA 1995)

Somente nos anos 1980 emergem as propostas de oficialização da Integração Docente Assistencial – IDA. Todo o sistema de saúde inicia processo de reestruturação e reformulação embasado nos princípios de



universalização, equidade e controle social. E a articulação ensino e serviço também muda seu modelo: ao invés de investir em serviços próprios da universidade, se previa o ensino realizado nos cenários dos serviços públicos.

Em 1981 a Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU) emite documento com objetivos, estratégias e o conceito do Programa de Integração Docente Assistencial no Brasil:

União de esforços em um processo crescente de articulação entre instituição de educação e de serviços de saúde, adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e a formação de recursos humanos necessários em um determinado contexto da prática de serviços de saúde e de ensino. (BRASIL. MEC/SESU, 1981).

Estas concepções de Integração Docente Assistencial (IDA) requeriam participação social integrando conteúdos acadêmicos às necessidades da população e do serviço e ainda modificações tanto na formação quanto nos serviços de saúde (OLSCHOWSKY e SILVA, 2000).

Para Feuerwerker (2006), não é possível reorganizar as práticas de saúde sem interferir no trabalho e na academia. São nesses espaços que os estudantes, professores e trabalhadores operam suas concepções sobre saúde e são protagonistas para qualquer transformação de práticas.

Neste período proliferam-se experiências e projetos nacionais. Em meados da década 80 um programa interministerial (Ministérios da Educação, Saúde e Previdência Social) se propôs a implantar 10 áreas docente-assistenciais no país, especialmente no Nordeste. (MARSIGLIA, 1995).

Desde este período, autores como Chaves e Rosa (1990) apontam entraves para a efetivação das experiências de IDA. Destacam problemas conceituais, os termos não são bem aplicados. “Assistencial” limita a ação dos serviços a práticas curativas e afasta ações de promoção de saúde e cuidado e o termo “Docente” restringe o enfoque para a perspectiva de aprendizado tradicional, de repasse de conhecimento pelo profissional especializado. Caetano Diniz e Soares (2009) diferenciam conceitualmente a integração ensino-serviço e docente assistencial. No entender dos autores, a IDA tem caráter prioritariamente didático pedagógico enquanto a integração ensino-serviço é estrutural e institucionalizado assumindo também como prioridade o cuidado a comunidade.

Nos anos 1980 os estudos referentes a redes de atenção à saúde repercutem também na IDA. Marsiglia (1995) ao caracterizar a Rede IDA-Brasil elenca finalidades do trabalho em rede e destaca potencialidades científicas e de serviço individuais e também coletivas. As diferenças de cada sujeito envolvido estimulam trocas, debate, reflexão crítica e este intercâmbio pode significar mudanças desejadas no sistema.

Na mesma linha, Caetano Diniz e Soares (2009) acrescentam que, além de propiciar um avanço no sentido de superar a dicotomia teoria e prática, uma rede IDA pode proporcionar um aprimoramento na qualidade da assistência prestada à comunidade visto que profissionais e academia trabalharão de forma articulada.

No início da década de 1990 foram realizadas avaliações nas experiências IDAs que destacava dentre seus entraves, a não obtenção da adesão das carreiras para o processo, apenas uma inserção marginal. Os próprios avaliadores das instituições financiadoras do projeto criticaram o processo. Pesquisadores da Fundação Kelloggs elaboraram inclusive, em 1992, uma nova proposta o Programa de União com a Comunidade (UNI).

Para Feuerwerker e Sena (2002) o propósito do UNI era produzir mudanças na universidade, no serviço de saúde, nas comunidades participantes e na relação entre eles. As iniciativas motivariam a modificação dos serviços de saúde, na busca por maior integralidade, efetividade, resolubilidade, adequação à realidade local e estímulo à participação popular na construção do modelo de saúde.

Mas os projetos da Rede UNI também encontraram dificuldades de implantação, Albuquerque *et al* (2008) evidencia como principais a negociação de espaço entre a academia, os serviços e a comunidade, e as disputas no interior da academia.

Na tentativa de equacionar estas dificuldades, em 1996, a Rede IDA e UNI se uniram formando a Rede UNIDA. Para Barbieri (2006), a Rede UNIDA se constitui em espaço permanente de trocas e articulação de ensino, serviço e comunidade.

O Estatuto da Rede UNIDA (atualizado em 2010) define como objetivo estabelecer parcerias, vínculos, relações com pessoas, projetos e instituições comprometidos com a renovação permanente na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde e na construção de um sistema de saúde equitativo e eficaz com forte participação social, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania. (REDE UNIDA, 2010)

Nas últimas duas décadas muitos movimentos e projetos visando mudanças na formação, desenvolvimento de profissionais e um sistema de saúde com qualidade para todos podem ser identificados na literatura. No entanto, muitos estudos apontam dificuldades para este sistema se consolidar, dentre elas pode-se destacar:

- a) Metodologias de formação pautadas na transmissão vertical de conhecimentos. (ALBUQUERQUE *et al*, 2008);
- b) Dificuldades para implantar novas metodologias de trabalho para reorganizar o serviço. (HOOLBROCK *et al*, 2008);
- c) Diferentes percepções e conceitos entre os atores envolvidos no processo. (SILVA, 2008);
- d) Divisão de grupos, tendência de dominação do grupo de docentes sobre o assistencial, indefinição de papéis - em especial, dos estudantes. (MORITA e HADDAD, 2008);
- e) Comunidade acadêmica integrada ao serviço baseado em negociações particulares. (MIRANDA *et al* 1997);
- f) Características e interesses institucionais distintos e tentando prevalecer um sobre os outros. Serviço com preocupação única de assistência e o ensino priorizando o aprendizado acadêmico, realizando ações fragmentadas e limitadas a seu interesse e com foco em períodos de estágio e/ou aula prática. (OLSCHOWSKY e SILVA 2000; BECCARIA *et al* (2006).

Mesmo com estas dificuldades, o conceito e as ações de integração ensino-serviço se proliferam no país. Nas matrizes curriculares é perceptível a preocupação com a antecipação de ações práticas, inserindo o acadêmico desde as primeiras fases dos cursos em cenários de práticas junto à comunidade e ao sistema público de saúde.

Conceitualmente, Albuquerque *et al* (2008) define integração ensino-serviço comunidade como:

[...] o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva da comunidade, à qualidade da formação profissional e o desenvolvimento e

satisfação dos trabalhadores dos serviços.  
(ALBUQUERQUE *et al.*, 2008, p. 2)

A integração ensino-serviço oferece para ambos os campos muitas possibilidades tanto de reorientar a formação quanto de reorganizar as práticas de saúde. Relações construídas de forma conjunta, com responsabilização coletiva e reconhecendo as diferenças de cada parte, podem propiciar espaços de cidadania para todos os sujeitos envolvidos. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; PEREIRA e FRACOLLI, 2009; ALBUQUERQUE, 2008)

Neste sentido, a diversificação dos cenários de prática pode contribuir efetivamente para a construção de modelos assistenciais inovadores. A atuação se concentra, principalmente, sobre os problemas da qualidade dos serviços e os estudantes desenvolvem habilidades que influenciarão sobre a postura dos futuros profissionais (MARINS, 2004).

Investigando documentos oficiais percebe-se que no Brasil, não existe regulamentação sobre Integração Docente Assistencial no sentido de critérios, parâmetros, objetivos, responsabilidades e compromissos entre os parceiros. O que é possível encontrar na literatura são experiências isoladas de municípios (Secretarias Municipais) e instituições de ensino.

Em Porto Alegre (RS) a Universidade Federal de Ciências da Saúde (UFCSPA) possui um distrito docente assistencial de atenção primária à saúde com regimento próprio. Esta conformação em distrito visa superar a dicotomia entre ensino e assistência, que pode ser gerada pelo afastamento dos docentes da prática assistencial, uma vez que estão mais envolvidos e preocupados com as atividades de pesquisa. Por outro lado, os profissionais das instituições de saúde podem tornar-se pouco atualizados, por se envolverem com as atividades rotineiras do trabalho, não tendo a oportunidade de realizar a educação permanente.

No Distrito Docente Assistencial a universidade pretende oportunizar aos seus acadêmicos, ao longo da formação, os atributos da Atenção Primária à Saúde APS (acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além da competência cultural, orientação familiar e comunitária) qualificando o ensino e o cuidado prestado à população. E ainda contribuir com a qualificação da rede, tanto no sentido da educação continuada para profissionais, quanto no atendimento direto aos usuários dos serviços de saúde envolvidos no distrito. (PEREIRA, 2013)

Em Florianópolis (SC), existe regimento e convênio entre Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade Federal de Santa

Catarina regulamentando a Rede Docente Assistencial. Esta tem por finalidade promover a integração ensino, pesquisa e extensão, serviço e comunidade, favorecendo a ampliação da atenção à saúde de qualidade e propiciando a formação dos profissionais da saúde voltada para os princípios dos SUS.

No artigo 2º do regimento, que trata da organização, é identificado que a Rede Docente-Assistencial (RDA) de Florianópolis integra estudantes, profissionais de saúde e professores da UFSC e profissionais da rede municipal de saúde, em um processo de ensino-aprendizagem onde todas as unidades se constituem em cenários potenciais de ensino e de prestação de serviços de saúde, com participação de representação do Conselho Municipal de Saúde. (REIBNITZ *et al*, 2012)

Em Campinas (SP), a integração do ensino com os serviços de saúde do município é definida por uma Política de Integração Ensino-Serviço (PIES). É coordenada pelo Centro de Educação dos Trabalhadores da Saúde, vinculado à SMS. A política firma os convênios e regula as ações ensino, pesquisa e extensão do Centro de Ciências da Vida (CCV) da PUC-Campinas em toda a rede de saúde do município. (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011)

No município de Fortaleza, no final de 2005, foi publicada portaria implantando oficialmente o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) que regulamenta as parcerias, convênios e ações de ensino em serviço por todo o município (ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Como mencionado anteriormente a integração ensino-serviço no Brasil possui uma trajetória importante de consolidação, porém as iniciativas são isoladas, adaptadas à realidade e ao contexto de cada município. Se por um lado esta é uma característica positiva, por outro, aponta para a necessidade de processos avaliativos para efetivamente se identificar os resultados das suas ações, bem como aprimorar e ajustar os seus modelos.

### **2.1.2 Integração Ensino-Serviço na Literatura Especializada**

Fruto do mapeamento da literatura especializada sobre o tema este item foi trabalhado na perspectiva de responder as duas questões norteadoras da pesquisa bibliográfica.

O primeiro item descreve como a integração ensino-serviço foi pesquisada e publicada a partir de 2001 no país, e, no segundo, a forma como foi avaliada e suas repercussões nos envolvidos.

### 2.1.2.1 Como a Integração Ensino-Serviço aparece na Literatura Especializada?

A leitura dos manuscritos selecionados possibilitou categorizar e sumarizar a forma como a integração ensino-serviço foi abordada nos estudos em três grandes grupos:

a) integração ensino-serviço do ponto de vista conceitual, revisões teóricas e reflexões sobre o processo;

b) pesquisas com o intuito de compreender a integração ensino-serviço, suas potencialidades e fragilidades sob a ótica de diferentes atores sociais;

c) relatos de experiências de integração ensino-serviço bem como seus processos de implantação, pontos relevantes e dificuldades. Este foi o grupo com o maior frequência de publicações encontradas.

Nos artigos mais reflexivos e conceituais percebe-se certo consenso em se assumir e expor as potencialidades e os conflitos da integração ensino-serviço. Se por um lado o encontro e o diálogo entre o trabalho e a educação produzem experiências únicas e ricas de cidadania, troca de saberes, modos de ser, de ver o mundo e aprimoramento do cuidado para estudantes, professores, profissionais do serviço, comunidade, por outro se percebe um descompasso e distanciamento entre os envolvidos. A universidade assume uma lógica organizacional que prioriza ações pedagógicas de produção de conhecimento enquanto o serviço tem lógica de demanda, de produtividade, com procedimentos técnicos e sistematizados. (ALBUQUERQUE, 2008; KUABARA *et al*, 2014)

Ellery, Bosi e Loilola (2013) se propuseram a realizar um estudo bibliográfico de oito experiências nacionais e internacionais de integração ensino-serviço. Encontraram um número expressivo, porém, mesmo relevantes, a quase totalidade abordava casos isolados, restritos e pontuais. As oito experiências foram escolhidas justamente por caracterizarem estudos mais amplos e sistêmicos que enfatizassem as redes assistenciais e diferentes cursos.

Dentre as experiências internacionais optaram pelo Continente Americano especificamente do Canadá, Cuba e Brasil por terem seus sistemas de saúde com financiamento público.

No Ministério de Saúde Pública Cubano, desde 1976, chama-se Integração docente assistencial investigativa (IDAI) e são destacadas como repercussões positivas a formação de um profissional mais qualificado, motivado, com concepções mais amplas de saúde e prevenção e, ainda, usuários com maior qualidade de vida e satisfação.

No entanto, não se mencionam repercussões do processo para os profissionais do serviço envolvidos.

Em Quebec, desde 2004, chama-se Rede Universitária Integrada de Saúde (RUIS). A rede é composta por todos os estabelecimentos de saúde do território com um centro especializado como referência. Dentre os avanços destacam projetos como “paciente parceiro” (considera que o paciente é o propulsor tanto da formação profissional quanto dos seus próprios cuidados) e projetos de educação e colaboração interprofissional de desenvolvimento.

Das seis experiências brasileiras selecionadas, duas já foram discutidas neste texto, a rede IDA e UNI e que configuraram posteriormente a Rede UNIDA. As outras quatro não possuem características nacionais, são iniciativas municipais de formar redes integradas. Foram identificadas no Nordeste experiências em Fortaleza, Sobral e Aracaju e no Sul a de Florianópolis. (ELLERY, BOSI e LOILOLA, 2013)

No Ceará, desde 1997, vem sendo implantado o Sistema de Saúde Escola de Sobral (SSES) que busca transformar as unidades de saúde do município em espaços de integração visando ser estratégia de gestão e aprimoramento de estudantes e profissionais da rede. Em Fortaleza, foi iniciada a implantação do Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) em 2005 alavancado pela Residência de Medicina da Família e Comunidade e em 2006, foi criada oficialmente por portaria.

Em Aracaju, desde 2001 já era percebido que um dos pontos chave para a concretização de projetos integrais para a comunidade era a insuficiência de profissionais nesta formação. Em 2003, o município implantou o Centro de Educação Permanente em Saúde (CEPS). Este Centro é responsável pela política de educação permanente do município bem como planeja e organiza as ações de integração ensino-serviço com as instituições parceiras e o controle social.

Em Florianópolis, desde 1997, com o Programa de Articulação Docente Assistencial de Florianópolis e posteriormente com a Rede Docente Assistencial (RDA), a parceria entre a secretaria municipal de saúde e a Universidade Federal de Santa Catarina objetiva integrar ensino, pesquisa e extensão com o serviço e a comunidade. Destaca-se como resultado o processo de ensino contextualizado à realidade e a realização de pesquisas integradas e ao encontro da realidade da população. (REIBNITZ, 2012)

Em 2014, foram publicadas em periódicos nacionais duas revisões integrativas de literatura sobre a integração ensino-serviço que se

propuseram a identificar experiências e ainda os seus desafios e pontos fortes.

A revisões de Kuabara *et al* (2014) e Brehmer e Ramos (2014) identificam estudos com predomínio de relatos de experiência, na atenção básica, realizados isoladamente no seu próprio núcleo de formação e com maior frequência nos cursos de medicina, enfermagem e odontologia.

Além disso, nos estudos selecionados pelos autores, foram evidenciadas repercussões sobre a universidade e o serviço. Para a universidade, a reorganização do ensino na saúde, a ampliação da associação teoria e prática embasados e focados no cotidiano e princípios do SUS. Para os serviços, destaca-se o aprimoramento das ações e melhoria do cuidado da comunidade e a formação permanente dos profissionais. Em relação a dificuldades e desafios foram elencados o distanciamento e constrangimento entre os atores do processo em função de objetivos distintos tanto da academia como do serviço no campo, e secundariamente, o tempo e sobrecarga de trabalho e as condições físicas inadequadas dos serviços. (KUABARA *et al*, 2014; BREHMER e RAMOS 2014)

Na leitura dos artigos fica claro e merece destaque que não foram encontrados estudos de característica avaliativa que examinem a efetividade da integração ensino-serviço especialmente no que tange o profissional da rede de serviço e os usuários. Inclusive, a revisão de Kuabara *et al* (2014) aponta esta lacuna de conhecimento e indica a necessidade de desenvolver estudos avaliativos que possam expressar os resultados destas práticas.

O segundo grupo de documentos selecionados se preocupou em conhecer o conceito, objetivos, potencialidades e limitações da integração ensino-serviço na percepção dos envolvidos no processo.

Os estudos consideraram a percepção de docentes, alunos e profissionais do serviço (BECCARIA, TREVISAN e JANNUZZI (2006); dos profissionais da saúde (CAETANO DINIZ e SOARES, 2009; TOMBINI, 2010; PEREIRA e FRACOLLY, 2011); somente dos docentes (PEREIRA e FRACOLLY, 2011) e dos acadêmicos (PINTO, 2007).

De modo geral os estudos apontaram que a integração ensino-serviço ocorre ainda de forma incipiente nos locais analisados, porém com repercussões positivas para os envolvidos. Mas concordam que os resultados são perceptíveis com maior clareza e intensidade na formação dos alunos, no aprimoramento dos currículos e na aproximação da comunidade acadêmica da realidade na comunidade.



O que foi inquietante na leitura dos trabalhos foi a inexistência de escuta do controle social. Nenhum estudo se debruçou sobre a integração ensino-serviço na ótica dos usuários, embora a literatura e a legislação descrevam que um dos principais objetivos da integração ensino-serviço seja o aprimoramento da qualidade do cuidado e que um dos pilares dessa ação é a comunidade. Além desta lacuna, também foi impactante conhecer que os profissionais do serviço não se percebem como protagonistas do processo. Entendem que a integração ensino-serviço é fundamentalmente para o aluno e apenas, em situações esporádicas, destacam como positivo algo operacional como diminuição da demanda da unidade.

Por fim, o último e maior grupo de trabalhos desta revisão de literatura são os relatos de experiências de integração ensino-serviço. Foram encontrados relatos de experiência com múltiplos sujeitos e casos envolvidos.

Relatos de experiências da integração ensino-serviço em:

- a) componentes curriculares e em práticas de estágio de diferentes cursos de graduação (GIL *et al*, 2008; ALVES *et al*, 2012; COLLISELI *et al*, 2013; BRANDÃO, ROCHA e SILVA, 2013);
- b) projetos de extensão como os de ligas acadêmicas (BARRETO *et al*, 2012);
- c) experiências fora da atenção primária, como por exemplo, em ambientes hospitalares (MORAIS FILHO *et al*, 2013);
- d) repercussões das políticas indutoras do governo federal como Pró-Saúde e PET Saúde (FERREIRA e BARRETO, 2012; MENEGUIN *et al*, 2012; RODRIGUES *et al*, 2012; LACERDA *et al*, 2013)

O relato de Ferreira, Forster e Santos (2012) conta a trajetória do município de Ribeirão Preto (SP) para reconfigurar a integração da gestão municipal com as universidades do município. Capitaneado pelo Conselho Municipal de Saúde foram realizados, painéis, oficinas, debates e reuniões na perspectiva de reconstruir a parceria sob a luz das diretrizes curriculares nacionais, das políticas públicas de saúde nacional, da política municipal de saúde e suas prioridades e alinhado com as políticas indutoras interministeriais como Pró e PET Saúde.

Apoiado na análise documental e nos autores do processo, o relato faz um resgate histórico da integração ensino-serviço do município e expõe claramente os debates e conflitos políticos, corporativos e

econômicos para a realização da reforma. Dentre muitos, destacam três: a necessidade de adequação tecnológica e arquitetônica da rede de serviços, a definição do modelo de inserção dos alunos nos cenários de prática e a necessidade de uma gestão colegiada com todos os envolvidos.

O caso de Ribeirão Preto (SP) evidencia o papel de protagonista do Conselho Municipal de Saúde no sentido de mobilizar e trazer ao debate os envolvidos e seus objetivos, bem como de expor seus conflitos além de indicar categoricamente a necessidade de criação de instrumentos e mecanismos de regulação e avaliação do impacto dessa parceria por meio de indicadores de saúde, de pesquisa e de satisfação do usuário. (FERREIRA, FORSTER e SANTOS, 2012).

Na mesma lógica, o artigo de Pizzinato *et al* (2012) reflete sobre a integração ensino-serviço como estratégia formadora para o SUS e identifica potencialidades, dificuldades, pontos críticos, experiências bem sucedidas. Mas aponta também para a urgência de qualificação do processo a partir da avaliação dos programas com indicadores e instrumentos de avaliação específicos bem como o impacto sobre os usuários.

Neste sentido, o estudo com quinze cursos de Odontologia do Brasil, realizado por Finkler (2011), indica que ainda existem confusões sobre o conceitual da integração ensino-serviço, bem como dos seus envolvidos (ensino, gestão, atenção e controle social). Os autores consideram como incipiente e em construção, com muitas lacunas para articular os envolvidos e distante de ser efetiva.

E finalmente, em alguns estudos a integração ensino-serviço aparece como um elemento extra, e não como o foco de análise. A dissertação de Barzenski (2009) se propôs a analisar um currículo que procura integrar ações de ensino e serviço e suas contribuições no intuito de desenvolver competências necessárias aos agentes comunitários de saúde.

Realizada no Grupo Hospitalar Conceição em Porto Alegre (RS), a dissertação de Ferreira (2007) procurara refletir sobre a Residência Integrada em Saúde buscando identificar o alcance de seus objetivos e seus entraves.

Lima (2009), por meio de análise documental, conta a história da implantação da Rede de Integração da Educação e Trabalho na Saúde (RIETS) no SUS da Bahia e analisa seus instrumentos normatizadores e de convênio apontando suas limitações e entraves para a efetivação de propostas e objetivos da rede.

Na mesma linha de estudo, Resende (2009) analisa tanto nos documentos do curso de técnico de enfermagem da Escola Técnica do SUS em Tocantins (plano político pedagógico, regimento, termo de convênio), quanto nos envolvidos (gestores, docentes, estagiários), os espaços de relacionamento entre o ensino e os serviços de saúde do Estado. Ele ainda propõe uma normatização e instrumentos para fortalecer esta parceria.

Ao analisar a implantação e evolução do Pró-Saúde I a partir dos coordenadores dos projetos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Odontologia, Ribeiro (2013) infere que, mesmo com dificuldades e desafios, o programa tem contribuído para fortalecer a integração ensino-serviço e o incremento da formação de profissionais para o SUS.

#### 2.1.2.2 Avaliação da Integração Ensino-Serviço e suas Repercussões nos Envolvidos

Seguindo o percurso desta revisão foram selecionados documentos que evidenciassem avaliações do processo de integração ensino-serviço. Os estudos avaliativos na área são incipientes, na sua maioria tem abordagem qualitativa, utilizando como instrumentos de pesquisa a análise documental, entrevistas e grupos focais.

Alguns estudos selecionados não se consideravam avaliativos, porém se utilizaram de análises documentais e/ou entrevistas para identificar o impacto da integração ensino-serviço na formação, como os de Fuentes e Garcia (2011) e Souza e Carceri (2011).

Tanto no estudo chileno quanto no brasileiro foram identificadas repercussões nas reformas dos planos políticos pedagógicos dos cursos nos quais a integração ensino-serviço funciona com via dupla. Faz a aproximação permanente entre as instituições, potencializando o diálogo entre universidade, serviço e gestão e ainda possibilita a operacionalização do projeto pedagógico que objetiva propiciar o ensino em serviço.

Também por análise documental, o estudo de Saliba (2009) evidencia o impacto social da integração ensino-serviço da Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista (UNESP) por meio de suas ações e programas ao longo de 50 anos.

Considerando o PET Saúde como uma iniciativa eminentemente de ensino em serviço, a dissertação de Ribeiro (2013) buscou identificar repercussões do programa na formação dos estudantes. Para isso fez a análise documental dos portfólios dos bolsistas em Natal/RN buscando identificar as contribuições para o desenvolvimento de competências

éticas e humanas nesta formação e ainda, as fragilidades encontradas durante o percurso. A pesquisa conclui que mesmo com entraves como o descompasso teoria e prática para trabalho multiprofissional e currículos fragmentados, pouco flexíveis, a partir das experiências de integração ensino-serviço na atenção primária os discentes construíram uma nova visão de cuidado integral próximo da população.

A dissertação de Pereira (2007) se propôs a identificar o papel e a contribuição da integração ensino-serviço para a implantação da Vigilância em Saúde em um Distrito de Saúde no Estado de São Paulo. O estudo concluiu que a integração ensino-serviço não proporcionou impacto nessa implementação: os fatores elencados para justificar foram a falta de um planejamento e estabelecimento de objetivos e estratégias conjuntas, bem como a falta de sensibilização da gestão pública, universitária e lideranças da comunidade.

No título da dissertação de Pintarelli (2009) é evidenciada a preocupação em avaliar (Avaliação da Integração Ensino e Serviço no Curso de Auxiliar em Saúde Bucal); porém, no seu conteúdo, podemos perceber que o elemento avaliado foram os momentos de integração ensino-serviço (ações em campo dos alunos do curso) por meio de entrevistas a gestores da saúde bucal, docentes e egressos de um curso de auxiliar de saúde bucal. A análise de conteúdo das entrevistas transcritas considerou os momentos de integração ensino-serviço relevante para os três grupos de sujeitos pesquisados.

Na cidade peruana de Cusco foi desenvolvido um estudo que pretendeu avaliar a influência da integração ensino-serviço na qualidade dos serviços prestados à comunidade e na formação de médicos. A tese de Mendez (2012), de metodologia qualitativa, investigou comunidades em distintas unidades (participantes e não participantes do programa de integração da cidade) de atenção primária (“servicios de primer nivel”) e avaliaram o grau de satisfação da população em relação ao serviço prestado. E também foram alvo de pesquisa os estudantes de medicina, investigados no sentido de identificar a contribuição da integração ensino-serviço no aprimoramento de seus conhecimentos, atitudes e práticas. Os resultados evidenciaram um grau de satisfação da comunidade maior nos serviços que tinham integração ensino-serviço e os alunos avaliaram como positiva a experiência, inclusive destacando o aumento do seu desejo em trabalhar na rede de saúde de seu país.

Um grupo de professores da Faculdade de Medicina de Marília (SP), liderados por Maria José Marin, publicou dois artigos de abordagens metodológicas distintas, porém complementares sobre a

integração ensino-serviço e suas contribuições e limites para a universidade, serviços de saúde e comunidade.

No estudo quantitativo (MARIN *et al*, 2014), 183 sujeitos (professores e acadêmicos de medicina e enfermagem) responderam um questionário de 20 assertivas organizados sob a forma de Escala Likert. Como resultado foi identificado tendência positiva da contribuição da integração ensino-serviço para formação profissional, próxima a 50% para a comunidade, e com o maior número de negativas para os itens relacionados a profissionais do serviço. Os itens que apresentaram maior frequência negativa (discordo e discordo totalmente) foram as assertivas que diziam que a integração ensino-serviço favorece a educação permanente de profissionais e aumenta a satisfação dos trabalhadores do serviço.

No estudo qualitativo (MARIN *et al*, 2013), feito por meio de narrativas de 240 estudantes de medicina e enfermagem e 60 docentes e professores colaboradores, foram identificadas contribuições especialmente para a academia: inserção precoce do acadêmico no trabalho, associação teórico prática, trocas de informações com profissionais da rede e ampliação das ações a comunidade. Dentre os limites destacam-se dificuldade da inserção acadêmica nos serviços, distorções da rotina acadêmica e os protocolos dos serviços, inadequação de espaço e resistência dos profissionais, indefinição de papéis no processo da integração e a falta de suporte do gestor especialmente na clareza do contrato de convênio com a universidade.

A tese de Brehmer (2013) estudou profundamente nos cursos de enfermagem de Santa Catarina, as experiências de integração ensino-serviço nos projetos do Pró-Saúde. Além de descrever minuciosamente as experiências, identificou elementos agregadores e limitadores dos projetos para a formação em Enfermagem sob a ótica de alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde. E finalmente destaca que a integração ensino-serviço e as políticas governamentais indutoras são os elementos-chave para reorientar a formação e contribuir para a consolidação da Atenção Básica.

Ao final desta revisão, pode-se realizar uma breve compilação de informações e destacar alguns pontos.

Nos últimos anos ocorreu um aumento considerável no número de pesquisas e publicações sobre o tema. Provavelmente em função de uma série de fatores, dentre eles: a) a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, b) a construção de políticas públicas que tencionam e incentivam o ensino em serviço, c) a identificação da integração ensino-serviço como “ferramenta” de

educação permanente e d) os indícios de que o processo repercute positivamente em todos os envolvidos.

A maioria dos estudos se situa em discussões e reflexões conceituais, na identificação da percepção dos envolvidos (não foram encontrados estudos deste tipo que investigou a perspectiva da comunidade) e nos relatos de experiência. As pesquisas são, na sua maioria, desenvolvidas em cenários da Atenção Básica, com abordagem metodológica qualitativa e realizadas, na maioria dos casos, por grupos da medicina, enfermagem e odontologia.

As repercussões e impactos da integração ensino-serviço são melhores descritas e evidenciadas na universidade do que para a gestão, os profissionais do serviço e a comunidade. A maioria dos estudos avaliativos foram realizados com base em análise documental e entrevistas junto aos atores do ensino (professores, estudantes e egressos) evidenciando uma lacuna referente à avaliação do processo com indicadores que contemplem todos os demais envolvidos. Autores como Pizzinato *et al* (2012), Marin *et al* (2014) e Cavalheiro e Guimarães (2011) apontam a carência e indicam a necessidade urgente da avaliação do processo.

Trabalhos sobre a temática identificados na literatura, nos anos de 2015 e 2016, foram incorporados como atualização, porém utilizados nas discussões dos manuscritos produzidos nesta tese. Estes manuscritos estão apresentados no capítulo ‘Resultados’ desta pesquisa.

## 2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O NEPAS – NÚCLEO DE EXTENSÃO E PESQUISA EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE – UFSC

No entender de Silva e Formigli (1994), o primeiro dos desafios dos pesquisadores que pretendem e se dedicam a estudar a avaliação em saúde de forma sistemática é a grande variabilidade terminológica tanto nas abordagens teóricas quanto nos atributos referentes aos temas. Os mesmos autores destacam ainda que esta variedade de definições e conceitos relaciona-se diretamente à complexidade do objeto (avaliação em saúde) no que concorda Hartz (2005), destacando que isto é reflexo do estágio ainda incipiente do desenvolvimento da avaliação enquanto disciplina científica comportando uma multiplicidade de possibilidades de recorte do real.

Neste sentido, Hartz (2005) faz um alerta destacando que esta polissemia exige explicitar a teoria e metodologia dos estudos visando assumir seu marco teórico e o entendimento dos envolvidos.

Na intenção de estar vigilante ao alerta, este item se propõe a apresentar os conceitos de avaliação em saúde que permeiam este estudo e assumir seus referenciais teóricos.

Na obra de 2011, Brouselle, Champagne, Contandriopoulos e Hartz assumem ser ilusória uma definição universal e absoluta da avaliação. No entanto, propõem um conceito construído a partir de elementos consensuais: (i) emissão de juízo de valor; (ii) informações científicas e válidas e com legitimidade social; (iii) com o objetivo de se posicionar e possibilitar ação.

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações. (BROUSELLE *et al.*, 2011, p. 44)

Scaratti e Calvo (2012) e Colussi (2010) relembram que, embora a avaliação exista desde as primeiras civilizações foi institucionalizada e incorporada como método de investigação científica a partir do final da Segunda Guerra Mundial, em razão de procedimentos de saúde mais sofisticados e onerosos, da diminuição do crescimento econômico do Estado e da necessidade de controlar os seus recursos financeiros.

Gomes e Hartz (2001) indicam que, nos países periféricos, os avanços na avaliação não ocorreram neste momento. Ao contrário, o modelo médico-centrado, fundamentalmente assistencialista, mercantilizado e sem controle social atrasaram o processo. No Brasil, por exemplo, começa a se desenvolver a partir da década de 1980.

Implantado em 2003, o NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa de Avaliação em Saúde) da Universidade Federal de Santa Catarina desenvolve pesquisa na área de avaliação em saúde. Na última década o núcleo vem desenvolvendo metodologias avaliativas aplicadas à saúde, contribui na formação de profissionais na graduação e pós-graduação, oferece consultoria à gestão municipal, estadual e federal e ainda participa de pesquisas multicêntricas de avaliação em saúde.

O NEPAS realiza seus estudos na perspectiva conceitual de Benno Sander (1995) e no Paradigma de Scriven (2007). Nos últimos anos, se dedicou em aprofundar suas pesquisas à luz destas teorias adaptadas para avaliação na saúde, o quê pode ser percebido e localizado em teses como a de Scaratti (2007), Colussi (2009), Kovaleski (2011) e em todos os seus desdobramentos, sejam eles artigos científicos ou pesquisas e consultorias que se envolve.

Benno Sander, brasileiro e pesquisador da Educação, especificamente da política e gestão da educação, publicou muitos estudos nas décadas de 1980 e 1990. Suas teorias eram pouco conhecidas no campo da avaliação, planejamento e gestão das políticas públicas em saúde, porém apresentam pontos fundamentais para esse campo, visto que voltam seu olhar para o homem e a coletividade.

O artigo de Kovaleski *et al* (2010) assume o desafio de aproximar a Teoria de Sander da área de avaliação na saúde coletiva. O artigo se debruça basicamente em duas obras do autor: Administração da Educação no Brasil (1981) e Gestão da Educação na América Latina (1995) cujo entendimento possibilita orientar uma proposta de avaliação em saúde e sua aplicabilidade.

O Paradigma Multidimensional de Benno Sander (1995) é composto por quatro dimensões ideais. Embora não sejam observadas na forma pura no cotidiano, para contribuir no entendimento estas dimensões podem ser classificadas em dois grupos: dimensões substantivas (humana e sociopolítica) e operacionais (pedagógica e econômica). As dimensões substantivas, consolidadas historicamente, são doutrinárias; enquanto as operacionais são instrumentais, sendo ferramentas para atingir a dimensão humana e sociopolítica.

Segundo o paradigma, as operacionais/instrumentais devem ser reguladas pelas substantivas. Ou seja, as instrumentais podem ser modificadas segundo os objetivos das políticas públicas em determinado contexto.

Para cada dimensão de análise o autor propõe um critério no Paradigma. Os critérios não são excludentes, mas articulados. Para avaliar e guiar o desempenho administrativo propõe: eficiência, eficácia, efetividade e relevância.

Na dimensão econômica estão contempladas as questões estruturais, o estabelecimento de regras, a previsão e controle de recursos. O critério que a acompanha é a eficiência. Scaratti (2007) conceitua e adapta os conceitos de Sander, no qual a eficiência, sendo um critério econômico, visa a produção máxima de resultados com o mínimo de recursos, energia e tempo.



No paradigma, Sander define a segunda dimensão como pedagógica. Para aproximá-lo do campo da saúde coletiva, Kovaeski *et al* (2010) adaptam o termo para dimensão sanitária. O critério relacionado é a eficácia entendida como o alcance das metas estabelecidas para determinado tempo e contexto, avaliada no cumprimento do plano estabelecido, nos índices e indicadores pactuados.

Enquanto estes critérios são de característica instrumental e acompanham as dimensões operacionais, os critérios de efetividade e relevância são pareados às dimensões substantivas.

Na dimensão política, efetividade está relacionada ao alcance de objetivos visando satisfazer o coletivo. Trata-se de um critério político na sua essência, que reflete a capacidade de responder as demandas sociais da população na solução dos seus problemas.

E por fim, a dimensão cultural / humana, que envolve questões filosóficas, antropológicas e sociais. Este é o critério que a acompanha é a relevância. Sua principal característica é a perspectiva de melhorar o desenvolvimento humano e a qualidade de vida da população.

Por outro lado, Scriven, britânico e igualmente pesquisador da educação, relaciona a avaliação de qualidade nas perspectivas de valor e mérito. No texto “The logic of evaluation” (2007) critica avaliações isentas do critério valor.

Nesta perspectiva define que um objeto, programa, serviço ou sistema possui valor quando seus esforços e recursos estão focados em atender às necessidades reais da população, enquanto que o mérito é fazer bem o que está proposto a fazer. Neste sentido, um programa de saúde, por exemplo, pode ter mérito e não ter valor se ele não estiver voltado às necessidades da população. Em contrapartida, se não tiver mérito, nem ao menos consegue realizar o que se propõe, logicamente não poderá atender as demandas sociais, significando que não terá valor.

Felisberto (2006), no seu artigo em que reflete sobre a institucionalização da avaliação na atenção básica, defende o princípio de que a avaliação agregará valor quando os conhecimentos produzidos gerarem aprimoramento institucional e profissional.

O conceito de qualidade descrito por Scriven (2007), com foco nos atributos de valor e mérito, podem ser associados aos critérios adotados por Sander (1995) nas suas dimensões substantivas e operacionais. (COLUSSI, 2010)

Desse modo, ao avaliar uma ação, um programa, um serviço ou sistema de saúde ele terá qualidade quando apresentar mérito e valor. As condições necessárias para se ter mérito será a presença de eficiência e

eficácia e para se ter valor quando tiver efetividade e relevância. Nesta pesquisa o conceito de qualidade utilizado segue essa perspectiva.

O quadro 1, adaptado do texto de Davok (2007), que se propôs discutir qualidade na educação sintetiza as definições de avaliação e qualidade aproximando os referenciais teóricos dos dois autores estudados.

Quadro 1 - Qualidade na perspectiva de Scriven (1991) e Sander (1995)

Scriven (1991)		Sander (1995)
Qualidade	Mérito	Eficiência
		Eficácia
	Valor	Efetividade
		Relevância

Fonte: Adaptado de Davok (2007).

Ainda atento ao alerta de Hartz (2005) sobre a necessidade de explicitar claramente o arcabouço teórico metodológico dos estudos, e reconhecendo a grande variação de conceitos utilizados na avaliação, são necessários dois itens descritos abaixo: a) resumo de conceitos citados nesta pesquisa e b) breve aprofundamento do atributo efetividade que será utilizado na tese.

Um ponto importante na avaliação em saúde é a coerência existente entre critério, indicador e parâmetro.

- Critério: princípio de referência que delimita o aspecto e o recorte em relação ao objeto de análise. Hartz (2005) define como um aspecto da estrutura de um serviço ou sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado, que dá suporte à qualidade da atenção prestada.

- Indicador: um fator quantitativo ou qualitativo, ligado empiricamente ao critério que estabelece um meio de medição. Minayo (2009) ao refletir sobre o seu conceito remete ao mais consensual visto que existem variações entre autores. Define como uma espécie de sinalizadores da realidade, fatores quantificados ou qualitativos que servem para avaliar se os objetivos estão sendo bem conduzidos (avaliação processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). Destacando que não é um fim em si, mas um meio, ele é, portanto válido para o contexto específico do quê se está avaliando. (TANAKA e MELO, 2004)

- Parâmetro: é a referência que pode determinar o juízo de valor. O parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando e deve ser indicado claramente. Pode ser embasado na situação avaliada e no

objetivo da avaliação ou em conhecimento científico prévio a partir de padrão identificado na literatura. (TANAKA e MELO, 2004)

Como citado anteriormente, a efetividade é a dimensão política preocupada com a satisfação das necessidades da população, embora, para Facchini *et al* (2008), existem confusões nos conceitos de efetividade. Os autores fazem uma pequena revisão embora acompanhem a definição de Silva e Formigli (1994 p. 81) e entende efetividade como “efeito das ações e práticas de saúde implementadas”.

Por sua vez Contandriopoulos (1997) nomeia efetividade como eficácia de utilização que esta relacionada a modificações introduzidas por uma intervenção num contexto da vida real. Já Last (1995) entende como medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições rotineiras.

Para Marinho e Façanha (2001) a efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos. Tratando-se de programas sociais, diria respeito à implementação e ao aprimoramento de objetivos, independentemente das insuficiências de orientação e das falhas de especificação rigorosa dos objetivos iniciais declarados do programa.

Os programas ou as organizações são efetivos quando seus critérios decisórios e suas realizações apontam para a permanência, estruturam objetivos verdadeiros e constroem regras de conduta confiáveis e dotadas de credibilidade para quem integra a organização e para seu ambiente de atuação.

As definições de Silva (2004) e do próprio Ministério da Saúde (2005) são perceptíveis semelhanças. Para o autor efetividade é resultado ou efeito alcançado por uma ação sob condições habituais. E para o MS é a medida dos resultados ou consequências decorrentes de uma tecnologia sanitária, quando utilizada em situações reais ou habituais de uso.

Neste estudo, o conceitual de efetividade será o mesmo adotado nas pesquisas e estudos do NEPAS no qual efetividade é critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida. (SANDER, 1995; SCARATTI, 2007; NICKEL, 2008; COLUSSI, 2010; KOVALESKI 2011).

Com esse conceitual, Sander (1995) ainda reafirma que efetiva é a política que se preocupa e objetiva a satisfação das necessidades dos envolvidos, o que requer amplo diálogo entre gestor e comunidade com construção conjunta de propostas, consolidação das políticas e avaliação das ações.

Sendo assim, a efetividade das ações de integração ensino-serviço se caracteriza pelo alcance dos objetivos descritos em literatura especializada e que repercutam nos envolvidos: gestão, ensino, serviço e comunidade. A integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir na qualificação da formação acadêmica, da formação em serviço e na qualidade da assistência prestada a comunidade.

Embora um dos objetivos deste estudo seja a construção de indicadores de efetividade junto aos atores do processo, podem-se destacar, desde já, repercussões da integração ensino-serviço já contemplados em literatura. A integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir para o alcance dos seguintes objetivos:

- a) Ampliar a satisfação do usuário com o atendimento: Mendèz (2012), Pieratoni *et al* (2001), Kuabara *et al* (2014); Brehmer e Ramos (2014);
- b) Motivar os profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe: (Marin *et al* 2013) Pieratoni *et al* (2001);
- c) Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina da comunidade acadêmica: Ribeiro (2013) Ferla *et al* (2013); Cunha e Magajewski (2012), Kuabara *et al* (2014); Brehmer e Ramos (2014);
- d) Aumentar o acesso ao serviço (número de atendimentos a comunidade): Tombini, (2010); Pereira e Fracolly (2011);
- e) Atualizar e adequar os currículos universitários: Fuentes e Garcia (2011) e Souza e Carceri (2011);
- f) Ampliar a resolubilidade da Atenção Básica (nesse caso, ESF): Caetano Diniz e Soares (2009); Feuerwerker e Sena (2002); Campos *et al* (2001);
- g) Fortalecer o controle social (nesse caso, conselho local): (Ferreira, 2012);
- h) Aumentar e manter a adesão aos grupos educativos: Caetano Diniz e Soares (2009); Feuerwerker e Sena (2002);
- i) Contribuir para o aperfeiçoamento profissional / formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais): Ferla *et al* (2013), Ceccim (2005), Brasil (2004)

### 3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

Embora a literatura especializada apresente várias propostas para classificar os tipos de avaliação, este estudo emprega a tipologia sugerida por Contandriopoulos *et al* (1997) também adotada por Brouselle, Champagne e Hartz (2011) que consideram dois tipos de estudos avaliativos passíveis de serem utilizados na avaliação de intervenções: avaliação (apreciação) normativa e a pesquisa avaliativa.

O presente estudo se caracteriza por ser uma pesquisa avaliativa. Visa analisar mediante métodos científicos o grau de coerência entre os componentes da intervenção, mais precisamente entre a pertinência, os fundamentos teóricos e os seus efeitos bem como sua relação com o seu contexto. (CONTANDRIOPOULOS *et al* 1997).

Neste tipo de estudo pode-se avaliar a relação entre o contexto, o problema e os objetivos da intervenção e, ainda, a coerência entre os objetivos e os efeitos surgidos do processo. (BROUSELLE, CHAMPAGNE e HARTZ, 2011).

Resumidamente este capítulo abordará de forma pormenorizada o caminho realizado por esta tese decompondo-a em etapas. A primeira etapa foi à construção de uma tipologia de unidade docente assistencial para AB que leva em conta dois pontos chaves para o processo de integração ensino-serviço: a característica da orientação, por supervisão ou por preceptoria; e processo de trabalho na unidade, com agenda compartilhada (com a rotina da equipe do serviço) ou agenda própria para o grupo da universidade.

Posteriormente, na perspectiva de avaliação participativa, ouviu os implicados sobre os elementos e indicadores para a efetividade da integração. Foram destacados pelos participantes como elementos condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço: a institucionalização do processo; o compromisso com o SUS e a integração (perfil dos indivíduos); a longitudinalidade das ações e práticas na comunidade; o planejamento conjunto das ações visando compassar objetivos pedagógicos e demandas locais; a incorporação de avaliação parcial, acompanhamento e avaliação final das atividades e uma estrutura física adequada.

Referente aos indicadores de avaliação para a efetividade da integração ensino-serviço os participantes do estudo concordam com os identificados pela literatura: ampliação do acesso; fortalecimento do controle social; aumento da adesão às ações realizadas, a adequação e

reformulação dos currículos universitários, aperfeiçoamento dos profissionais e aumento da resolubilidade da atenção básica.

A terceira etapa foi realizada com apoio da literatura, a consulta aos envolvidos e a discussão entre especialistas da área de avaliação e representantes dos grupos para construção de uma matriz avaliativa composta por quatro dimensões e dez indicadores que visam identificar qual(is) os tipos de unidades docente-assistenciais que mais ou menos favorecem a efetividade da integração.

Finalmente, após testagem, o modelo avaliativo e a matriz utilizada mostraram-se viáveis e permitiram aferir a efetividade nas unidades selecionadas. Para o favorecimento do processo integração o elemento ‘manejo de agendas’ é determinante. Os quatro melhores escores de pontuação foram alcançados nas unidades com processos de trabalho compartilhados. Por outro lado, o elemento relacionado à condução das ações identificou um ligeiro predomínio de supervisão sobre a preceptoria nas unidades melhor pontuadas e da preceptoria sobre a supervisão nas unidades piores classificadas.

### 3.2 PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para facilitar a compreensão do passo a passo deste estudo este item foi subdividido nas etapas que caracterizam metodologicamente o percurso da pesquisa.

#### **3.2.1 Primeira Etapa – Da idéia bruta ao aprofundamento da literatura (2012/II e 2013)**

As discussões teóricas e de pesquisa realizadas nas disciplinas do PPGSC associadas aos permanentes debates do NEPAS apontaram para múltiplos questionamentos e a necessidade de aprofundamento nas leituras sobre o tema e objeto de pesquisa.

Como produtos desta primeira etapa têm-se:

- a) refinamento do modelo teórico lógico proposto;
- b) revisão de literatura apresentada no capítulo anterior desta tese;
- c) identificação de uma lacuna na literatura relacionada à ausência de descrições sobre tipos e formatos de integração ensino-serviço em diferentes unidades docente-assistenciais da Atenção Básica.

Além disso, a revisão de literatura identificou que a maioria das pesquisas sobre o tema foram de cunho teórico, que os atores sociais diretamente envolvidos no processo ficavam à margem da discussão e ainda que estudos avaliativos eram escassos.

Por esses motivos, desde a sua concepção, esta pesquisa foi inspirada na perspectiva de Furtado (2001). O autor, ao propor um método construtivista / participativo para avaliação em saúde destaca que engajar os atores envolvidos na pesquisa, além de contribuir para reflexão de suas práticas, possibilita aos implicados (grupos de interesse, grupo de implicados ou ainda *stakeholders* são definidos como indivíduos potencialmente vítimas ou beneficiários do processo avaliativo) a co-participação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada.

Por fim, esta etapa também define o lócus da avaliação: a Atenção Básica. Por suas características, a atenção primária à saúde é cenário privilegiado com posição estratégica na rede de atenção à saúde para promover mudanças na formação, na problematização dos processos de trabalho e estimular a autonomia das pessoas. (FAGUNDES, 2005; MADRUGA *et al*, 2015).

Neste sentido, as unidades de saúde que foram selecionadas para os estudos subsequentes da tese deveriam ser de estratégia de saúde da família (ESF), por entendermos que estas são referência da Atenção Básica, e as que mais poderiam favorecer a integração ensino-serviço.

### **3.2.2 Segunda Etapa - A Tipologia de Unidades Docente-Assistenciais na Atenção Básica (2013)**

Em função da lacuna detectada na etapa anterior, de forma consensual com o orientador, optou-se por fazer uma pesquisa empírica para identificar os modelos de integração ensino-serviço.

Foi realizado então, estudo descritivo, utilizando técnicas e instrumentos qualitativos em dois municípios do estado de Santa Catarina. O município A (aproximadamente 500.000 habitantes) e o B (aproximadamente 160.000) possuem rede de serviços de saúde articulada em todos os níveis de atenção e também histórico de convênio e trabalho conjunto (integração ensino-serviço) entre instituições de ensino superior e secretarias municipais de saúde.

A escolha desses casos foi realizada com intuito de consultar participantes da pesquisa provenientes, tanto de instituição de ensino superior pública quanto privada.

Com o apoio do setor de educação em saúde das secretarias municipais de saúde e das coordenações dos cursos de medicina e enfermagem foram selecionados intencionalmente três coordenadores de unidades básicas de saúde e três docentes para participar. Além disso, cada um dos docentes selecionados indicou um estudante que estava em atividades junto à comunidade no semestre da coleta de dados. O grupo total foi composto por dezoito sujeitos (nove de cada caso).

Os critérios de inclusão foram definidos por: ter no mínimo de cinco anos de experiência com a integração ensino-serviço – para os coordenadores das unidades selecionadas; e existência de atividades de ensino, pesquisa e extensão na rede no período mínimo de cinco anos, para os professores. A opção pelos cursos de medicina e enfermagem foi em função de serem os únicos presentes em todas as unidades selecionadas para a pesquisa.

A pesquisa foi realizada com três instrumentos: entrevista semi-estruturada, análise documental e observações diretas do pesquisador no campo.

O roteiro dessas entrevistas foi o mesmo para todos os participantes e composto por questões relacionadas à rotina nas UDAs como: participação no planejamento, construção de agenda e processos de trabalho, descrição das atividades realizadas nas unidades de saúde bem como processos avaliativos e ações de acompanhamento das rotinas conjuntas. As entrevistas transcritas na íntegra foram submetidas à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2010) visando identificar elementos que pudessem diferenciar a relação e rotina nas UDAs selecionadas.

A análise documental foi realizada com base em três documentos: (i) contrato de convênio entre as instituições participantes; (ii) itens de aulas práticas e estágios dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina e enfermagem das instituições envolvidas e (iii) regimentos de estágio.

Nestes documentos, foram investigadas suas principais características de formato e conteúdo, mas principalmente elementos que diferenciem as formas de relação da universidade e o serviço de saúde.

Foram realizadas duas observações em cada cenário (três unidades de saúde com docentes e discentes de instituição pública e três de instituição privada) perfazendo um total de 12 observações em campo.

O foco das observações era na rotina da unidade, processos de trabalho, distribuição de tarefas, reuniões e encontros para ajustes e



planejamento, e principalmente as relações no trabalho entre o ensino e o serviço. As observações foram realizadas em diário de campo.

Os dados recolhidos foram triangulados e seus resultados possibilitaram clarear o processo avaliativo, direcionar os passos seguintes e concluir o projeto de pesquisa para debate e apreciação na qualificação de tese.

O estudo completo está descrito sob forma de artigo no capítulo de Resultados e Discussão desta tese. **(Manuscrito 01)**

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 155/12.

### **3.2.3 Terceira Etapa – A Definição da Pesquisa, a Banca de Qualificação e a Apreciação do Comitê de Ética (2014)**

Após a definição do estudo e a finalização do projeto de pesquisa foi realizada a Banca de Qualificação de Tese, onde foram debatidas não só questões metodológicas, mas também o Modelo Teórico-Lógico desenvolvido além dos suportes teóricos para a confecção dos manuscritos que seriam produzidos.

O Modelo Teórico-Lógico construído é um dos resultados desta pesquisa e está apresentado no próximo capítulo bem como seus *racionales*.

As sugestões da banca foram debatidas e incorporadas ao texto.

Posteriormente, a pesquisa foi submetida e aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 9888.520 de 12/03/2015.

A pesquisa foi realizada de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As instituições parceiras foram as Secretarias de Saúde e as Instituições de Ensino Superior dos municípios. Os participantes do estudo tiveram a opção de suspender sua participação, porém isto não ocorreu e deste modo não houve a necessidade de nenhuma substituição.

A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes por ser um estudo descritivo; as entrevistas semi-estruturadas não apresentavam perguntas sobre a vida privada dos participantes, elas envolverão questões sobre dados institucionais. A pesquisa foi apresentada aos informantes, seguida da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e da leitura do termo de consentimento para a utilização das evidências gravadas em áudio. Foi solicitada a assinatura do participante nos dois documentos, ficando este com uma cópia de cada documento.

Para garantir o sigilo das informações, os documentos assinados e o material proveniente da coleta primária foram armazenados em um banco de dados, utilizados somente pelos pesquisadores. Os municípios, as instituições e os entrevistados não foram identificados no nenhum momento do estudo.

### **3.2.4 Quarta Etapa – A Percepção dos Envolvidos (gestão – serviço – ensino – comunidade) sobre Elementos e Indicadores para a Efetividade da Integração Ensino-Serviço (2015)**

Tratou-se de pesquisa exploratória, com coleta de dados e análise quali-quantitativa. A pesquisa exploratória se propõe a conhecer com maior profundidade a temática bem como propor novas questões para futuros estudos.

Foi realizada em um município de Santa Catarina. Apresenta uma população superior a 500 mil habitantes e com ampla cobertura de saúde para seus moradores. Possui histórico de mais de três décadas de integração ensino-serviço (parceria entre Universidade e Secretaria de Saúde).

Foram identificados como participantes da pesquisa os indivíduos envolvidos na integração ensino-serviço, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

- a) Grupo 1 (G1): gestão – quatro participantes do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da atenção básica;
- b) Grupo 2 (G2): docentes – seis docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, 1 ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município;
- c) Grupo 3 (G3): discentes - seis discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades;
- d) Grupo 4 (G4): profissionais do serviço – quatro coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço;
- e) Grupo 5 (G5): comunidade – quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e / ou representante do Conselho Local de Saúde.

Os sujeitos que foram procurados até três vezes e não puderam responder os instrumentos de pesquisa ou que não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos do estudo e substituídos até chegar ao número de entrevistados previamente definido (n= 24 participantes). Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2015.

Para o estudo, foi construído um instrumento único, composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto-referido. O pesquisador aplicou o instrumento em dois momentos distintos, primeiramente a entrevista e, após sua análise, o questionário.

A validação foi realizada por especialistas em avaliação em saúde do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como segue:

- a) Entrevista: composta por duas questões abertas que visou conhecer, na perspectiva do entrevistado, quais os elementos condicionantes para se ter integração ensino-serviço de maneira e efetiva e que indicadores julgavam importantes para a avaliação da integração;

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2010) com posterior categorização.

- b) Questionário: aplicado posteriormente à entrevista, composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificada na literatura ao longo do processo de construção deste estudo.

Estes indicadores, em lista, deveriam ser distribuídos, segundo a concepção do entrevistado, em três grupos: a) maior importância, b) média importância e c) menor importância. O entrevistado foi orientado a preencher três indicadores em cada uma das três classificações.

O instrumento continha a seguinte proposição: ***“A integração ensino-serviço é efetiva e de qualidade quando contribui para...”***.

As opções de indicadores com os respectivos autores que referendam estas posições estão indicadas no quadro 2.

Quadro 2 - Indicadores para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço identificados na literatura e respectivos autores de referência

<b>Indicador</b>	<b>Autor (es) de Referência</b>
Satisfação do usuário	Kuabara <i>et al</i> (2014) ; Brehmer e Ramos (2014)
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	Marin <i>et al</i> (2014)
Ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina do trabalho	Ferla <i>et al</i> (2013); Kuabara <i>et al</i> (2014); Brehmer e Ramos (2014)
Aumento do acesso (número de atendimentos a comunidade)	Pereira e Fracolly (2011)
Adequação dos currículos universitários	Fuentes e Garcia (2011); Souza e Carceri (2011)
Resolubilidade da Atenção Básica	Caetano, Diniz e Soares (2009)
Fortalecimento do controle social	Ferreira <i>et al</i> (2012)
Aumento e manutenção da frequência aos grupos educativos	Caetano, Diniz e Soares (2009)
Aperfeiçoamento profissional / formação em serviço	Ferla <i>et al</i> (2013); Ceccim (2005)

Cada participante da pesquisa foi instruído a distribuir os nove indicadores em três graus de importância (maior, média e menor). A partir disso, assumiu-se que os indicadores de maior frequência com grau maior refletiam a posição de cada um dos cinco grupos.

Os graus de importância (maior, média e menor) foram transformados em valores de pontuação (3, 2 e 1 pontos) respectivamente.

Posteriormente, com o intuito de mensurar a força destes indicadores, foi aplicado o teste de Kruskal–Wallis, com correção para empates, e após a prova de Dunn para comparações individuais entre os grupos. O nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ .

Os resultados desta pesquisa estão descritas na íntegra no capítulo de Resultados e Discussão desta tese. (**Manuscritos 02 e 03**)

### **3.2.5 Quinta Etapa – Construção da Matriz Avaliativa e Submissão a Oficina de Consenso – Comitê de Especialistas (2015)**

Esta etapa foi realizada com base nos dados construídos nas etapas anteriores e resultou na construção da matriz avaliativa proposta, submetida à Oficina de Consenso – Comitê Tradicional com

especialistas envolvidos no processo. (SOUZA, 2005; BERETTA, CALVO E LACERDA, 2011)

A oficina de consenso ocorreu no mês de novembro de 2015, na Universidade Regional de Blumenau (SC) e contou com a seguinte composição de especialistas e envolvidos com a integração ensino-serviço: (i) dois docentes especialistas em avaliação em saúde; (ii) um docente especialista em avaliação na educação e gestor acadêmico; (iii) um docente especialista em formação para a saúde; (iv) dois gestores de saúde: diretora da Atenção Básica e integradora ensino-serviço do município e (v) dois coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de integração ensino-serviço.

Todos os integrantes da oficina receberam com 20 dias de antecedência um documento com um breve relato do estudo e ainda, cada dimensão, indicador, medida e parâmetro proposto para posterior debate.

A oficina também foi utilizada como atividade acadêmica da turma de mestrandos em Saúde Coletiva da instituição. Os docentes do mestrado levaram seus alunos para acompanhar o processo com o objetivo de conhecer a metodologia utilizada.

Após apresentação do projeto e da matriz, realizada pelo autor em trinta minutos, foram construídos dois círculos de cadeiras na sala. No círculo interno os especialistas para a discussão da matriz e no círculo externo os mestrandos e seus professores. Durante o debate foram amplamente debatidos cada indicador, medida e parâmetro bem como, pactuados e consensuados os ajustes e modificações.

Após o término da oficina a atividade continuou com a abertura da palavra para os estudantes e professores para questionamentos e observações tanto sobre a pesquisa quanto sobre a metodologia empregada.

Os resultados desta etapa: dimensões, indicadores (e seus respectivos *rationales*), medidas e parâmetros, bem como o julgamento de cada dimensão e o juízo de valor sobre o tipo de unidade docente-assistencial e seu favorecimento a efetividade da integração ensino-serviço, estão descritos na íntegra no capítulo de Resultados e Discussão desta tese. (**Manuscrito 04**)

### **3.2.6 Sexta Etapa – O Retorno ao Campo e a Aplicação da Matriz Avaliativa Proposta (2016)**

Tratou-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, para testar o modelo de avaliação para o favorecimento da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente assistenciais.

Este tipo de estudo visou analisar, mediante métodos científicos, o grau de coerência entre os componentes da intervenção, mais precisamente entre a pertinência, os fundamentos teóricos e os efeitos de uma intervenção bem como a relação desta intervenção com seu contexto. (CONTANDRIOPOULOS *et al* 1997).

Nesta pesquisa, o conceitual de efetividade foi o mesmo adotado nas pesquisas e estudos do NEPAS, no qual efetividade é critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida. (SANDER, 1995).

O estudo ocorreu em um município de Santa Catarina, com mais de 300 mil habitantes e mais de 50 UBS além de ampla rede de atenção especializada composta por ambulatorios gerais, policlínicas, centros de referência e hospitais. A Secretaria Municipal de Saúde possui histórico de parceria universidade e rede de serviços de saúde a mais de duas décadas em atividades de ensino, pesquisa e extensão. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de janeiro e março de 2016.

As unidades de saúde foram escolhidas intencionalmente, com o auxílio da coordenadora de integração ensino-serviço da secretaria municipal de saúde do município; foram selecionadas oito unidades docente-assistenciais (duas de cada um dos quatro tipos propostos) para realização do estudo, dentre as 52 existentes na rede. Nesta seleção foram consideradas unidades que mantinham uma continuidade de ações ensino-serviço ao menos nos últimos três anos e compostas por equipes de saúde que, em sua maioria, tivessem experiência de contato com a universidade.

Os participantes do estudo em cada uma das oito unidades foram:

- cinco integrantes da equipe de SF;
- três representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade
- um docente e três acadêmicos que estivessem em estágio final (último ano) de seus cursos naquela unidade.

No total foram consultados 12 sujeitos de cada unidade perfazendo um total de 96 envolvidos. Além dos questionários, foram

coletados dados no SIAB e realizada entrevista com a orientadora pedagógica do Centro de Ciências da Saúde da universidade.

As dimensões e indicadores utilizados na matriz avaliativa estão sistematizados no seguinte quadro:

Quadro 3 - Dimensões e indicadores da matriz avaliativa para avaliação da integração ensino-serviço da Atenção Básica

<b>Dimensão</b>	<b>Indicador</b>	
Gestão	I1	Ampliação do Acesso
	I2	Resolubilidade Atenção Básica
Serviço	I3	Motivação para Trabalho em Equipe
	I4	Aperfeiçoamento profissional
	I5	Frequência a grupos (ativ coletivas)
Comunidade	I6	Satisfação do usuário
	I7	Fortalecimento Controle Social
Ensino	I8	Ampliação Conceito de Saúde
	I9	Ampliação Conhecimento SUS
	I10	Adequações Curriculares

Sob esta perspectiva a pesquisa foi realizada em 5 consultas distintas porém, complementares:

- a) consulta a dados secundários do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), com ano de referência de 2015, para contemplar os indicadores 1 (ampliação acesso), 2 (resolubilidade atenção básica) e 5 (frequência a grupos de educação e saúde);
- b) questionários aplicados a cinco integrantes da equipe de cada unidade, para contemplar os indicadores 3 (motivação para trabalho em equipe) e 4 (aperfeiçoamento profissional); questionários aplicados a três representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade para contemplar os indicadores 6 (satisfação do usuário) e 7 (fortalecimento do controle social);
- c) questionários aplicados a três estudantes e um professor que realizaram práticas em cada uma das unidades selecionadas em 2015 para contemplar os indicadores 8 e 9 (ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS);

d) entrevista ao apoio pedagógico do Centro de Ciências da Saúde da universidade para contemplar o indicador 10.

Após coleta e tabulação dos dados, as unidades foram submetidas à matriz de julgamento, que apontam os tipos de unidades docente-assistenciais que mais ou menos favorecem a efetividade da integração ensino-serviço.

Os resultados na íntegra desta pesquisa avaliativa estão no capítulo de Resultados e Discussão desta tese. **(Manuscrito 05)**

Finalmente os cinco manuscritos produzidos foram ajustados às normas dos periódicos escolhidos e submetidos à apreciação. Nesta tese serão apresentados na ordem descrita nos procedimentos com o intuito de responder cada um dos objetivos do estudo.

### 3.3 INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Como identificado no item anterior, na elaboração da tese foram utilizados múltiplos instrumentos de pesquisa variando conforme a etapa e o objetivo naquele momento do estudo.

Em função da complexidade dos fenômenos, o número de variáveis, a extensão e a dinâmica dos aspectos, é necessário o uso simultâneo de diversas técnicas, instrumentos e fontes de evidência com objetivo de responder os questionamentos realizados na avaliação.



## 4 MODELO TEÓRICO LÓGICO

Independente da forma como é nomeado, vários autores especialistas da avaliação destacam ser importante a elaboração de modelos que consigam sistematizar o marco teórico da intervenção bem como por onde “passa o olhar” dos avaliadores. Champagne *et al* (2011) consideram que a modelização é uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, para que os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos e, assim, a avaliação possa auxiliar a tomada de decisões.

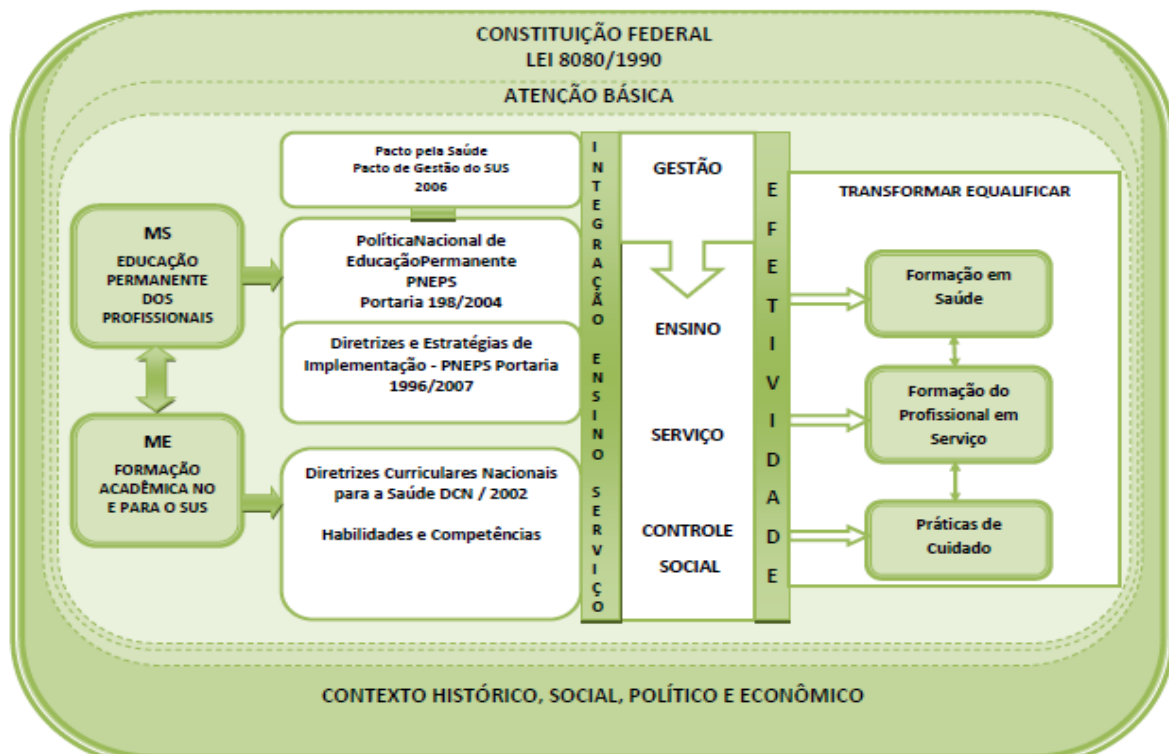
Neste sentido desenhou-se o modelo teórico-lógico da integração ensino-serviço tendo como marco legal e normativo a Constituição Federal, a Lei Orgânica de Saúde e a Política Nacional de Educação Permanente. E ainda, as Diretrizes de Implementação da PNEPS (Portaria 1996/2007) e o Pacto da Saúde (2006).

A integração ensino-serviço entra no modelo como elemento de ligação entre as políticas e abre a parte lógica do modelo. Nesta parte o critério efetividade da integração ensino-serviço é apresentado para os grupos de envolvidos (ensino – serviço - gestão - comunidade). Nesta perspectiva a integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir para a transformação e qualificação da: formação em saúde; formação em serviço e das práticas de cuidado. Por conseguinte, se estes objetivos forem atingidos a gestão terá sido efetiva também.

Além disso, o MTL é envolto por três fatias que identificam o recorte do lócus da avaliação, Atenção Básica: estar sob a sustentação da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (8080) e ainda dentro de um contexto histórico, político, econômico e social.

Os itens que compõem o modelo estão descritos com maior detalhamento na seção de *rationales* na sequência da figura.

Figura 1 - Modelo Teórico-Lógico para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica



## 4.1 RATIONALES

### 4.1.1 Constituição Federal e Lei 8080/1990

No artigo 200 inciso III fica definido, dentre outras atribuições, que compete ao SUS “ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde”.

Lei 8080/90: Ambos os artigos versam sobre a formação e a educação permanente dos profissionais em serviço do país.

No artigo 14 fica estabelecido que devam ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Estas comissões terão por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

O artigo 27 estabelece que a política A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento a vários objetivos, dentre eles destaca-se o primeiro: organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal.

### 4.1.2 Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) – Portaria 198 de 13/02/2004

Esta política considera a importância da integração entre o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais da saúde. E ainda prevê que a educação permanente realize agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho, resolubilidade da clínica e da promoção da saúde coletiva. Sendo assim a PNEPS se configura como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

No entender de Stroschein e Zocche (2011) a PNEPS tem o objetivo de transformar as práticas pedagógicas e de saúde contribuindo para o processo de desenvolvimento individual e coletivo dos profissionais e dos atores envolvidos.

Os mesmos autores ainda destacam que a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, em que o aprender e o ensinar devem integrar a prática diária do profissional. No entanto, alertam para que se reserve tempo na observação das situações de trabalho e reflitam sobre possíveis estratégias de enfrentamento e ação com garantia a observação dos princípios e diretrizes do SUS. E ainda destacam que isto ocorrerá com metodologia ativa, de problematização substituindo a transmissão de conhecimento tradicional e verticalizada.

#### **4.1.3 Educação Permanente em Saúde**

Dentre as funções da educação permanente em saúde é importante destacar três: (i) identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva; (iv) articular e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação de diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola; (vi) estabelecer pactuação e a negociação permanente entre os atores das ações e serviços do SUS, docentes e estudantes da área da saúde.

O Colegiado de Gestão é composto por representantes de todas as instituições participantes e o acompanhamento das ações é realizado pela Comissão Nacional de Acompanhamento da Política de Educação Permanente do SUS, sob a responsabilidade da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES.

#### **4.1.4 PNEPS – Orientações e Diretrizes para Operacionalização da PNEPS**

O MS objetiva a construção de uma política de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde com projetos desde a mudança na educação técnica, graduação, especialização até de desenvolvimento de trabalhadores e gestores da saúde.

O documento orienta que estes projetos e iniciativas se dêem em 5 campos: transformar a rede de gestão e serviços em ambientes-escola; estabelecer mudança nas práticas de formação e de saúde; instituir

educação permanente de trabalhadores para o SUS; construção de políticas de formação e desenvolvimento com bases locais e regionais e avaliação como estratégia de um compromisso institucional de cooperação e de sustentação do processo de mudança.

Desta forma a EP deve criar e articular novas ações para contribuir no avanço do SUS. Além disso, diversificar a oferta de cursos, estimular a superação dos limites da formação e das práticas clínicas, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde e promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde.

A PNEPS é uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as pedagógicas. Sua implantação implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições de ensino para formar e desenvolver para o SUS.

#### **4.1.5 Portaria 1996 de 20/08/2007 – Diretrizes para a Implantação das PNEPS**

A portaria define novas estratégias e diretrizes para a implantação da PNEPS adequando a regulamentação do Pacto pela Saúde (2006).

Explicita que a condução regional da PNEPS se dá por Colegiados de Gestão com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) que são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da PNEPS.

Dentre suas atribuições as CIES devem incentivar a adesão cooperativa e solidária das instituições de formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde aos princípios, à condução e ao desenvolvimento da EP ampliando a capacidade pedagógica em toda a rede de saúde e educação.

#### **4.1.6 Pacto pela Saúde / de Gestão do SUS (2006)**

No Pacto pela Saúde de 2006, especificamente no Pacto pela Gestão do SUS são contempladas nove diretrizes. Uma delas, a educação na saúde destaca-se dentre suas ações estratégicas as ações para formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde para atender o SUS. Isto deve ser feito sob cooperação entre as três esferas de governo,

as instituições de ensino, os serviços e o controle social e estas ações podem ser tanto no campo da formação como no do trabalho.

#### **4.1.7 Diretrizes Curriculares Nacionais para a Saúde (2001-2004)**

No início da década de 2000, a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da Saúde determina e tenciona as instituições de ensino superior a refletir e questionar suas concepções, modelos e currículos.

Dentre os pontos consensuais das diretrizes, ressalta-se que os cursos de graduação em saúde deverão formar um profissional generalista, humanista e reflexivo junto aos contextos reais da comunidade.

E que dentre suas competências e habilidades gerais destacam-se as de atenção à saúde da população na prevenção, promoção e recuperação da saúde bem como a prática de educação permanente com compromisso de educação das futuras gerações de profissionais. Além disso, destaca a necessidade de quê a formação acadêmica seja realizada no e para o SUS. (ALMEIDA, 2003)

#### **4.1.8 Quadrilátero da formação para a área da saúde (2004)**

No ano de instituição da Política Nacional de Educação Permanente, Ceccim e Feuerwerker (2004) propõem uma teoria que aponta para a incorporação da educação permanente no cotidiano da gestão e o SUS como interlocutor nato das instituições formadoras e não mero campo de estágio. A teoria-caixa de ferramentas está sustentada em um quadrilátero que se comunica e relaciona integralmente. As quatro faces do quadrilátero são: ensino, gestão, atenção e controle social.

Nesta pesquisa entendemos e concordamos que os quatro vetores do quadrilátero são protagonistas e se relacionam constantemente. Porém destacamos que gestão é função ‘meio’, aquela que vai garantir e sustentar as inter-relações das funções ‘fim’ que são o ensino, o serviço e a comunidade.

#### **4.1.9 Efetividade da Integração Ensino-Serviço**

Nesta tese, o conceitual de efetividade é o mesmo adotado nas pesquisas e estudos do NEPAS no qual efetividade é critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando

satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida. (SANDER, 1995; SCARATTI, 2007; NICKEL, 2008; COLUSSI, 2010; KOVALESKI 2011). Com esse conceitual, Sander (1995) ainda reafirma que efetiva é a política que se preocupa e objetiva a satisfação das necessidades dos envolvidos, o que requer amplo diálogo entre gestor e comunidade com construção conjunta de propostas, consolidação das políticas e avaliação das ações.

Sendo assim, a efetividade das ações de integração ensino-serviço se caracteriza pelo alcance dos objetivos descritos em literatura especializada e que repercutam nos envolvidos: gestão, ensino, serviço e comunidade.

A integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir na transformação e qualificação da formação acadêmica, da formação em serviço e na qualidade da assistência prestada a comunidade.

#### **4.1.10 Atenção Básica**

A definição da Atenção Básica como locus da avaliação ocorre em função das suas características. A Atenção Primária à Saúde é cenário privilegiado com posição estratégica na rede de atenção a saúde para promover mudanças na formação, na problematização dos processos de trabalho e na proximidade e estimulação da autonomia das pessoas.

Dentro deste cenário foi selecionado a Estratégia de Saúde da Família para os estudos empíricos por entendermos que estas são o ‘padrão ouro’ da Atenção Básica e, portanto onde se tem expectativa de maior favorecimento para a integração ensino-serviço. (MADRUGA *et al* 2015; FAGUNDES e BURNHAM, 2005)





## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) destaca em suas normativas que as teses de doutorado devam ser apresentadas por meio de artigos científicos, produtos de tese, e que foram construídos ao longo do curso. Seguindo esta orientação, este capítulo é composto por cinco artigos que juntos respondem os objetivos da pesquisa.

Importante destacar que os manuscritos têm normas distintas de formatação em virtude de terem sido submetidos a periódicos diferentes. O PPGSC permite e estimula que a apresentação deste capítulo seja feito com este formato.

### 5.1 MANUSCRITO 01

Teve origem em uma lacuna detectada durante o período de imersão na literatura onde se percebeu uma dificuldade em caracterizar tipos organizacionais de UDAs na atenção básica: ‘Cenários de Práticas para Ensino em Serviço: Proposta de Tipologia para as Unidades Docente – Assistenciais na Atenção Básica’. Submetido ao periódico: Saúde em Debate (ISSN 2358-2898)

#### **CENÁRIOS DE PRÁTICAS PARA ENSINO EM SERVIÇO: PROPOSTA DE TIPOLOGIA PARA AS UNIDADES DOCENTE – ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA**

#### **PRACTICE SCENARIOS FOR EDUCATION IN SERVICE: PROPOSED METHODOLOGY FOR TEACHING UNITS - ASSISTANCE IN PRIMARY CARE**

#### **RESUMO**

A integração ensino-serviço deve contribuir para a formação acadêmica, o aperfeiçoamento dos profissionais da rede e a qualidade das ações de saúde. O estudo propõe uma tipologia de unidades docente-assistenciais na atenção básica à saúde que subsidie a discussão da efetividade da integração ensino-serviço. Estudo qualitativo com análise documental e entrevistas semi-estruturadas a docentes, discentes e profissionais do serviço de atenção básica. Foram propostos 4 tipos de UDAs: (i) supervisão e agenda compartilhada; (ii) preceptoria e agenda compartilhada; (iii) preceptoria e agenda própria e (iv) supervisão e

agenda própria. Estes tipos estão apresentados em escala decrescente de favorecimento para a integração ensino-serviço.

**Palavras-chave:** serviços de integração docente-assistencial; formação de recursos; saúde coletiva

## ABSTRACT

The teaching-service integration in health should collaborate with academic training, the professional development of the network and the quality of actions. The study proposes a typology of care teaching units in primary care, which reflects and subsidizes the discussion of their effectiveness. Qualitative study with documental analysis and semi-structured interviews to professors, students and health professionals in primary care. 4 types were proposed: (I) supervision and shared schedule; (II) preceptorship and shared schedule; (III) preceptorship and own schedule and (IV) supervision and own schedule. These types are shown in decreasing favoritism scale for teaching-service integration.

**Keywords:** teaching-assistance integration services; formation resources; collective health

## INTRODUÇÃO

Há uma relação histórica entre as escolas e os serviços de saúde no Brasil, como cenários de práticas. Em breve retrospecto histórico são perceptíveis tanto as aproximações institucionais quanto os entraves e desafios para sua efetivação.

Um dos pontos importantes da Reforma Universitária de 1968 foi a tentativa de melhorar as relações da universidade com a sociedade. Na década seguinte foram criados os ‘serviços escola’, porém com lógica exclusivamente pedagógica, demonstração de aula prática em cenário diferente ao de sala de aula. (MARSIGLIA, 1995)

No início dos anos 1980 a Secretaria de Ensino Superior do MEC (SESU) publicou documento sobre o Programa de Integração Docente Assistencial no Brasil. Suas concepções requeriam participação social integrando conteúdos acadêmicos às necessidades da população e do serviço e ainda modificações tanto na formação quanto nos serviços de saúde. (OLSCHOWSKI, 2000)

Para a América Latina, no início da década de 1990, a Fundação W. K. Kellogg propôs "Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade" (sinteticamente, Programa UNI). Seu propósito era produzir mudanças na universidade,

no serviço de saúde, nas comunidades participantes e na relação entre eles. (FEUERWERKER e SENA, 2002)

Na tentativa de equacionar estas dificuldades, em 1996, a Rede IDA e UNI se unem formando a Rede Unida, que se constituiu em espaço permanente de trocas e articulação de ensino, serviço e comunidade. (BARBIERI, 2006)

Neste percurso, foram identificados aumento de experiências e projetos, por um lado, e entraves e desafios por outro, destacando-se: as diferentes percepções dos atores envolvidos, indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre o outro (MORITA e HADDAD, 2008); interesses institucionais distintos (OLSCHOWSKI, 2000; BECCARIA *et al*, 2006); dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares. (ALBUQUERQUE *et al* 2008)

Na análise dos documentos oficiais observa-se que no Brasil não existe regulamentação/institucionalização da integração ensino-serviço, embora tanto a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Saúde (DCN) quanto às políticas de incentivo aponte para a necessidade de ampliação, avaliação e qualificação do processo.

A literatura em geral apresenta experiências isoladas, como os casos do distrito docente assistencial em Porto Alegre RS (PEREIRA, 2013), a rede docente-assistencial de Florianópolis SC (REIBNITZ *et al*, 2012), e no Ceará, o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza e o Sistema de Saúde Escola de Sobral. (ELLERY *et al*, 2013)

Nestas experiências, os cenários mais comuns são os da Atenção Básica, porém o modelo de trabalho e de relação da universidade com o serviço e a comunidade apresenta variações.

O objetivo deste estudo é propor uma tipologia de unidades docente-assistenciais (UDAs) na atenção básica que auxilie na compreensão e análise das situações e propostas, bem como refletir sobre qual (is) tipos de UDAs favorecem a efetividade da integração ensino-serviço.

## **METODOLOGIA**

Estudo descritivo, utilizando técnicas e instrumentos qualitativos em dois municípios do estado de Santa Catarina.

O município A (aproximadamente 500.000 habitantes) e o B (aproximadamente 160.000) possuem rede de serviços de saúde articulada em todos os níveis de atenção e também histórico de convênio e trabalho conjunto (integração ensino-serviço) entre instituições de ensino superior e secretarias municipais de saúde.

A escolha desses casos foi realizada com intuito de consultar participantes da pesquisa provenientes tanto, de instituição de ensino superior pública quanto privada.

Com o apoio do setor de educação em saúde das secretarias municipais de saúde e das coordenações dos cursos de medicina e enfermagem foram selecionados intencionalmente três coordenadores de unidades básicas de saúde e três docentes para participar. Além disso, cada um dos docentes selecionados indicou um estudante que estava em atividades junto à comunidade no semestre da coleta de dados. O grupo total foi composto então por dezoito sujeitos (nove de cada município).

Os critérios de inclusão foram definidos por: ter no mínimo de cinco anos de experiência com a integração ensino-serviço – para os coordenadores das unidades selecionadas; e existência de atividades de ensino, pesquisa e extensão na rede no período mínimo de cinco anos, para os professores. A opção pelos cursos de medicina e enfermagem foi em função de serem os únicos presentes em todas as unidades selecionadas para a pesquisa.

A pesquisa foi realizada com três instrumentos: entrevista semi-estruturada, análise documental e observações diretas do pesquisador no campo.

O roteiro dessas entrevistas foi o mesmo para todos os participantes e composto por questões relacionadas à rotina nas UDAs como: participação no planejamento, construção de agenda e processos de trabalho, descrição das atividades realizadas nas unidades de saúde bem como processos avaliativos e ações de acompanhamento das rotinas conjuntas. As entrevistas transcritas na íntegra foram submetidas à análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (2010) visando identificar elementos que pudessem diferenciar a relação e rotina nas UDAs selecionadas.

A análise documental foi realizada com base em três documentos: (i) contrato de convênio entre as instituições participantes; (ii) itens de aulas práticas e estágios dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de medicina e enfermagem das instituições envolvidas e (iii) regimentos de estágio.

Nestes documentos, foram investigadas suas principais características de formato e conteúdo, mas principalmente elementos que diferenciem as formas de relação da universidade e o serviço de saúde.

Foram realizadas duas observações em cada cenário (três unidades de saúde com docentes e discentes de instituição pública e três de instituição privada) perfazendo um total de 12 observações em campo.

O foco das observações era na rotina da unidade, processos de trabalho, distribuição de tarefas, reuniões e encontros para ajustes e planejamento, e principalmente as relações no trabalho entre o ensino e o serviço. As observações foram realizadas em diário de campo.

Os dados recolhidos nas três fontes de informação (conteúdo das entrevistas – análise documental – relatos da observação) foram triangulados e constituíram os resultados do estudo.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 9888.520 de 12/03/2015.

## **RESULTADOS**

Os termos de convênio da universidade pública e da universidade privada com a secretaria de saúde do município guardam semelhanças de formato e conteúdo. Nos dois documentos são descritas as responsabilidades e deveres de cada instituição frente a prazos, cronogramas, recolhimento de seguro obrigatório, entrega de relatórios de acompanhamento e avaliação.

Nos projetos pedagógicos dos cursos, especificamente em relação a aulas práticas e estágios também são perceptíveis pontos convergentes. Destacam-se os objetivos pedagógicos destas atividades com base nas DCN enfatizando a importância do trabalho em equipe, em diferentes cenários e visando a co-participação da comunidade nas ações de saúde realizadas.

Os regimentos de estágio definem questões mais operacionais como normativas, mecanismos e instrumentos de avaliação, distribuição de cargas horárias, presença de professor em tempo integral junto aos acadêmicos (denominado supervisor) ou a recepção deste estudante por profissional do serviço de saúde (denominado preceptor), a proporção de número de estudantes para cada profissional e providências diversas.

Após análise destes documentos foi identificado o primeiro componente de composição da tipologia: o elemento de ligação entre a universidade e o serviço, nas formas de supervisão ou preceptoria. Este componente foi incluído no modelo por duas características: a) resume as formas de relação pedagógica entre serviço e universidade; b) é fundamental para a integração de conhecimentos e experiências entre as instituições.

As narrativas das rotinas nas unidades mostraram pontos semelhantes entre os participantes do estudo sejam eles docentes, profissionais da rede ou estudantes: a relação cordial entre os

envolvidos, as dificuldades de organização de tempo para trabalhos e estudos em conjunto, as grandes demandas de assistência ampliadas por equipes de saúde incompletas e estrutura deficitária.

Por outro lado, foram percebidas nos discursos situações distintas nas rotinas de trabalho, especialmente no manejo e organização de agendas de trabalho.

Importante pormenorizar neste momento o que é denominado neste estudo de ‘manejo de agendas’. Este foi o termo utilizado para caracterizar a relação e organização dos processos de trabalho entre a equipe de saúde do serviço e o grupo da universidade.

Em algumas unidades, a agenda é compartilhada, isto é, atividades previstas para o dia, sejam elas de visita domiciliar, de algum grupo educativo ou de ações fora da unidade, eram incorporadas pelo grupo da universidade e o trabalho realizado por todos. Enquanto que em outras, a unidade de saúde cedia espaço físico e uma agenda própria de atendimentos sendo que o grupo de estudantes e professores realizavam seus atendimentos de forma independente das atividades dos profissionais das UDAs.

A partir desta análise foi selecionado o segundo elemento para a proposta de tipologia: a forma de organização dos processos de trabalho e distribuição das atividades, aqui denominadas de agenda compartilhada, quando as atividades realizadas por estudantes são definidas pelas necessidades das UBS, dentro de sua rotina, integrando naturalmente a atividade docente assistencial; e agenda própria, quando as atividades realizadas por estudantes são definidas fora da rotina e das necessidades pré definidas pela UBS, sem a integração do estudante nas rotinas.

A partir destes componentes, foi montada a proposta de tipologia, resumida no quadro 1, que define quatro tipos de UDAs na Atenção Básica com dois elementos de análise.

Quadro 1 - Tipologia de Unidades Docente Assistenciais na Atenção Básica segundo o tipo de agenda e orientação

Tipo	Agenda	Orientação
01	Compartilhada	Supervisão
02	Compartilhada	Preceptoria
03	Própria	Preceptoria
04	Própria	Supervisão

## DISCUSSÃO

Além de propor uma tipologia este artigo busca refletir sobre quais tipos de UDA mais favorecem a integração ensino-serviço.

Não existem consensos quanto aos papéis e funções na orientação das atividades nas UDAs. O estudo de Botti e Rego (2008) apresenta conceitualmente os termos supervisor, preceptor, mentor e tutor, bem como suas funções e atividades ligadas à formação em saúde em função da proximidade semântica e das confusões que podem acarretar. Com base em uma extensa investigação teórica propõem um quadro para diferenciar estes termos e explicam que preceptor é o profissional do serviço com papel de ensinar focando em objetivos e instruções técnicas, atuando no próprio ambiente de trabalho com situações clínicas reais. O supervisor é professor, com papel de observar o exercício das atividades e zelar pela qualidade das ações, atuando em situações clínicas reais, mas também visa questões pedagógicas, propondo reflexões e avaliações das práticas realizadas.

Adotamos estes conceitos, mas está claro que ser preceptor ou supervisor, por si só, não garante a prática integrada. Existem fatores que interferem nesses papéis, como a construção de vínculo e o compromisso com o SUS. No discurso de um supervisor, com práticas de estágio na mesma unidade há pouco mais de cinco anos, é perceptível sua relação com a equipe de saúde e, por conseguinte os efeitos no seu grupo de estudantes:

*“tô aqui a tempo né... sou parte da equipe, meu nome tá até no quadro de aniversários [risos] e isso facilita o planejamento, as negociações pra gente fazer as coisas juntos e o trânsito dos meus estudantes...”*  
(Docente 03)

O vínculo permite laços de compromisso e co-responsabilidade entre os envolvidos e isto se consegue com longitudinalidade, em que uma fonte contínua de atenção reflete relações interpessoais intensas e se expressa em identificação mútua. (GIL *et al*, 2008). Este supervisor, além de trabalhar na perspectiva clínica teórica assume papel de elo entre os estudantes e a equipe de saúde tornando-se fundamental para o percurso conjunto. (BULGARELLI *et al*, 2014)

Na entrevista de preceptores foram identificadas variações, de acordo com o compromisso com o SUS e com a percepção de que a presença da universidade também contribui para a motivação e aperfeiçoamento dos profissionais.

*“...é mais trabalho para a gente sim, mas não são eles que vão vir para cá depois e continuar o trabalho? E além disso, to estudando isso né...Coloco eles em tudo junto com a gente, reuniões, visitas, organização das campanhas...”* (Preceptora 02)

*“...e tem outra coisa. A gente fica empolgada com as idéias deles (falando dos estudantes) e quando discute os casos recicla umas coisas e aprende outras novas...”* (Preceptora 01)

No entanto, a demanda assistencial extensa faz com que sua responsabilidade seja de cunho operacional:

*“não dá... temos muita gente para atender. Sei que é importante, mas não consigo. O máximo é arrumar horários, salas etc. e deixar trabalharem. Depois tiram suas dúvidas com seus professores da universidade”* (Preceptora 03)

O investimento na formação de preceptores faz parte das políticas indutoras dos Ministérios da Saúde e da Educação há pelo menos uma década, por meio de programas e projetos. (RODRIGUES *et al*, 2012) Além disso, o interesse em conhecer com profundidade o papel do preceptor na atenção básica já foi alvo de estudos e apontou a necessidade de investimento através de educação permanente focada na interdisciplinaridade, (BISPO *et al*, 2014)

Lima e Rozendo (2015), em investigação recente com preceptores identificaram papel fundamental na sua atuação, mas apontam para dificuldades no seu exercício, principalmente aqueles relacionados ao despreparo pedagógico para avaliar e planejar atividades com métodos ativos; resistência ao trabalho interprofissional, em função do excesso de demanda e a falta de formação específica.

Do ponto de vista da integração ensino-serviço, a relação que mais a favorece se dá nas situações em que o supervisor exerce suas atividades – integrativas, clínicas e pedagógicas – no cotidiano das ações concretas e reais existentes nas unidades de saúde. A hierarquia proposta não se dá pela lógica dos papéis de supervisão ou preceptoria e sim pelo potencial de integração que permita ao aluno exercer uma prática real sem se distanciar da dimensão pedagógica inerente ao processo.

Mesmo nas fases mais avançadas dos cursos, onde a dimensão clínica se superpõe à dimensão integrativa, a supervisão ainda favorece mais a integração pela capacidade de fazer com que a universidade se adapte as situações reais do serviço. Preceptores que podem superpor as atividades clínicas com atividades pedagógicas, atuando em duplo vínculo seria um modelo a ser considerado como desejável, embora



pouco viável para as universidades públicas brasileiras, por conta do regime de contratação de professores.

Por outro lado, para que essa superposição seja efetiva, os profissionais devem ser formados nos aspectos pedagógicos, ao mesmo tempo em que mantém atualização e qualidade clínica, o que nem sempre tem sido observado no Brasil.

Em relação ao manejo das agendas, os resultados mostram que, nas UDAs onde é própria, supervisores e preceptores descrevem atividades predominantemente operacionais e objetivas, enfatizando a autonomia na prestação dos serviços e a oportunidade de aprendizado com tantos casos clínicos diferentes:

*“..Estamos super adaptados. O pessoal chega, já pega a agenda, se instala no consultório e já começam a chamar os pacientes. Com isso a gente diminuiu a demanda da unidade e tem a chance de ver um monte de coisa interessante e diferente. Para eles é ótimo[...]*” (Docente 01)

*“..às vezes nem vejo elas(estudantes sob preceptoria)... já sabem o quê fazer no dia e quando chegam já começam a atender.”* (Preceptora 03)

Percebe-se que a agenda própria aparta os objetivos dos grupos envolvidos e evidencia um descompasso. Enquanto a universidade vai para este cenário de prática com objetivos eminentemente pedagógicos, clínicos ou não, o serviço tem expectativas diversas, como sugeridas por Ceccim e Feuerwerker (2004), qualificação de seus recursos humanos, aumento de resolubilidade, maior legitimidade social, resolução de demandas reprimidas ou especializadas.

Ambos têm objetivos legítimos, porém se os processos de trabalho, agendas e planejamentos não forem compartilhados a integração ensino-serviço não se efetiva em todo ou em parte.

Brehmer e Ramos (2014) consideram um avanço a melhora das relações interinstitucionais, a valorização dos papéis de ambos na formação dos novos profissionais, mas ainda considera um desafio o compartilhamento de objetivos pedagógicos e a demanda assistencial nas UDAs, que repercutam sobre todos os envolvidos: gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade.

Nas UDAs em que planejamento, processos de trabalho e agendas são compartilhados, embora também se identifiquem dificuldades com grandes demandas de atendimento e a necessidade do cumprimento dos objetivos pedagógicos propostos, é possível identificar a construção de vínculos e a realização de trabalho integrado:

*“[...] sabe como é.... estou aqui desde o início do ano; já me conhecem aqui, fiz amigos.... Então eu chego e já sei que é dia da visita. A lista de visitas foi discutida na reunião da equipe de quinta e eu já conheço a família... Saio junto com o pessoal daqui e, quando dá tempo, na volta ainda discutimos o caso e o que vai ser registrado no prontuário[...]”* (Acadêmico 02)

*“[...] Fico ansioso prá botar a mão na massa. Quero atender mesmo. Fiquei esse tempão de teoria na sala e quero ver os pacientes. Outra coisa legal daqui é poder fazer as coisas com a equipe. O grupo de gestantes mesmo... é o meu xodó. A gente faz tudo junto. Nós (se referindo a equipe) e elas (se referindo as gestantes) desde o quê vamos fazer até como organizar[...]”* (Acadêmica 03)

Em recente revisão integrativa de literatura sobre o assunto, são elencados avanços da integração ensino-serviço nos documentos analisados e é recorrente identificar que a aproximação do estudante com a realidade do sistema e dos cenários de cuidado contribui não só para a sua formação, mas também para a reorganização dos processos de trabalho e motivação dos profissionais impactando assim na qualidade da atenção à saúde da população. (BREHMER e RAMOS, 2014)

Embora saibamos que existam muitos fatores que influenciam na efetividade da integração ensino-serviço, como mostrados no corpo deste trabalho, a tipologia proposta permite uma classificação que indica os tipos de UDAs que mais favorecem a integração ensino-serviço.

Quadro 2 - Tipologia de Unidades Docente Assistenciais na Atenção Básica segundo tipo de agenda, tipo de orientação e força de favorecimento para a integração ensino-serviço

Tipo	Agenda	Orientação	Classificação
01	Compartilhada	Supervisão	Muito Forte
02	Compartilhada	Preceptoria	Forte
03	Própria	Preceptoria	Fraca
04	Própria	Supervisão	Muito Fraca

O manejo de agendas mostrou-se como o principal responsável para favorecer a integração ensino-serviço. A condução das atividades com agenda própria acaba por isolar em dois grupos distintos as ações (pedagógicas e assistenciais) e na maioria das vezes em espaços físicos diferentes (salas e consultórios); enquanto que na agenda compartilhada ambos trabalham na mesma rotina, atividades e comunidade.

Também é importante destacar que, com agenda compartilhada, os dois agentes – universidade e serviço – são obrigados a flexibilizar seus objetivos primários em prol de um novo objetivo conjunto: nem a demanda da unidade nem o objetivo pedagógico podem se sobrepor, obrigando à discussão e ao ajuste de atividades comuns e integradas.

Já para o segundo elemento, tipo de orientação, percebe-se uma variação relacionada ao tipo de agenda.

Nas UDAs com agenda própria e orientação por preceptoria, permite ao menos a possibilidade da integração ensino-serviço com o preceptor; enquanto que se for conduzido por supervisor, tende a ocorrer um isolamento total de ambos os grupos, no qual a universidade acaba por fazer suas práticas tradicionais em outro cenário, sem integração com o serviço.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo aponta uma tipologia de UDAs levando em consideração dois pontos chaves para o processo de integração ensino-serviço: a característica da orientação, por supervisão ou por preceptoria; e processo de trabalho na unidade, com agenda compartilhada (com a rotina da equipe do serviço) ou agenda própria para o grupo da universidade.

O estudo destaca que o principal elemento desta tipologia é o manejo da agenda sendo responsável por favorecer ou dificultar a integração ensino-serviço, ainda que condução do processo de trabalho, seja por supervisor ou preceptor, faça diferença.

Além disso, reflete sobre a força desse favorecimento e assume que a UDA tipo I é a que possui maior força de integração, seguida pelo tipo 2 e 3 e assume que a UDA do tipo 4 não faz integração, apenas modifica o cenário de prática dos estudantes.

Esta tipologia pode contribuir para o entendimento das relações ensino-serviço, e para estudos relativos à integração das atividades docente-assistenciais, sua efetividade e outros processos avaliativos.

## **REFERÊNCIAS**

ALBUQUERQUE VS, GOMES AP, REZENDE CHA, SAMPAIO MX, DIAS OV, LUGARINHO RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. bras. educ. med. [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 356-362.

BARBIERI, FB A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde. [Dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, 2006

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4. ed. rev. e actual. Lisboa: Edições 70, 2010.

BECCARIA, LM, TREVIZAN MA, JANUCCI, MZ. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, estudantes e enfermeiros. Arq. Ciênc. Saúde 2006;13(3):61-69

BISPO EPF, TAVARES CHF, TOMAZ JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2014; vol.18, no. 49; 337-350.

BOTTI S, REGO S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? RevBrasEduc Med. 2008; 32(3):363-73.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):228-37.

BULGARELLI AF, SOUZA KR, BAUMGARTEN A, SOUZA JM, ROSING CK, TOASSI RFC. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. Interface (Botucatu). 2014; vol.18, no. 49; 351-362.

CECCIM, RB, FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004, 14(1): p.41- 65.

ELLERY, A.E.L, BOSI, M.L.M, LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013

FEUERWERKER L, SENA R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.6, n.10, p. 37 – 50, fev. 2002.

FLICK, U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre :Bookman : Artmed, 2009.

GIL CRR, TURINI B, CABRERA MAS, KOHATSU M, ORQUIZA SMC Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica. Revista Brasileira de Educação Médica. 2008 32 (2); 230-239.

LIMA PAB, ROZENDO CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-Pet-Saúde. Interface (Botucatu). 2015;19 Supl 1:779-91.

MARSIGLIA, RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais – Interface da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: MOYSÉS, ST, KRYGER L, MOYSÉS SJ. (Orgs). Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268 – 276.

OLSCHOWSKY A, SILVA, GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. Rev. esc. enferm. USP 2000, vol.34, no.2, p.128-137.

PEREIRA, A.F. Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

REIBNITZ, K. S. *et al* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos PróSaúde I e II. Rev. Brasileira de Educação Médica. 2012 vol 36, pp 68-75

RODRIGUES AAAO, JULIANO IA, MELO MLC, BECK CLC, PRESTES FC Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. 2012 36 (1): 184-192.

## 5.2 MANUSCRITO 02

Construído a partir da análise dos discursos dos entrevistados envolvidos na integração ensino-serviço (gestores, docentes, discentes, profissionais e comunidade) quando identificam quais indicadores seriam importantes para sinalizar a efetividade do processo: 'Perspectivas Avaliativas na Percepção dos Atores da Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica'. Submetido a Revista Baiana de Saúde Pública (ISSN 0100-0233)

### **PERSPECTIVAS AVALIATIVAS NA PERCEPÇÃO DOS ATORES DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA**

### **EVALUATIVE PROSPECTS IN PERCEPTION OF ACTORS OF EDUCATION-SERVICE INTEGRATION IN PRIMARY CARE**

### **PERSPECTIVAS EVALUATIVAS EM LA PERCEPCIÓN DEL AGENTES DE INTEGRACIÓN EDUCACIÓN-SERVICIO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

#### **RESUMO**

O estudo tem como objetivo discutir indicadores de avaliação da integração ensino-serviço a partir da percepção dos indivíduos envolvidos diretamente no processo. Foi utilizada uma entrevista aberta e um questionário auto referido com representantes quantos da gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade. Os resultados indicaram que as unidades de saúde que possuem integração ensino-serviço têm mais qualidade e efetividade quando: (i) ampliam os conceitos de saúde dos envolvidos; (ii) propiciam satisfação com o serviço prestado e com o ambiente de trabalho; (iii) contribuem para o aumento da motivação e formação permanente dos indivíduos e (iv) expandem seus índices de resolubilidade.

**Palavras-chaves:** serviços de integração docente-assistencial; educação em saúde; saúde coletiva.

#### **ABSTRACT**

The study aims to discuss indicators for evaluating the teaching-service integration from the perception of individuals directly involved in the process. An open interview and a self-reported questionnaire with

representatives of management, university, professional and community service was used. The results indicated that the health facilities that have teaching-service integration have more quality and effectiveness when: (i) extend the concepts of health of those involved; (ii) propitiate satisfaction in service and work environment; (iii) contribute to increasing the motivation and ongoing training of individuals, and (iv) expand their solving indices.

**Keywords:** teaching care integration services; health education; public health.

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo discutir los indicadores para la evaluación de la integración docente-asistencial de la percepción de las personas que participan directamente en el proceso. una entrevista abierta y un cuestionario que uno mismo con representantes de la dirección, de la universidad, servicio profesional y de la comunidad. Los resultados indicaron que los establecimientos de salud que cuentan con la integración enseñanza-servicio tienen más calidad y eficacia cuando: (i) extender los conceptos de salud de las personas involucradas; (ii) proveer la satisfacción con el servicio prestado y el medio ambiente de trabajo; (iii) contribuir a aumentar la motivación y la formación de individuos y (iv) ampliar sus ratios de solvencia.

**Palavras chave:** enseñanza de servicios de integración de la atención; educación para la salud; salud pública.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a integração ensino-serviço nas últimas décadas foi foco de reflexões, iniciativas e implementação de políticas públicas de incentivo com vistas a mudanças na formação, no desenvolvimento dos profissionais em serviço e, por conseguinte, na maior qualidade de atenção a saúde da comunidade. Muitas experiências e projetos foram implantados, no entanto estudos evidenciam dificuldades, destacando-se: as diferentes percepções dos atores envolvidos, indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre o outro<sup>1</sup>; interesses institucionais distintos<sup>2</sup>; dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares.<sup>3</sup>

A partir da apropriação teórica e reflexão sobre os desafios da integração ensino-serviço e a necessidade de avaliação para qualificar o processo, esta pesquisa assume dois pressupostos, baseado nas

concepções de Furtado<sup>4</sup> ao propor um método construtivista / participativo para avaliação em saúde. O primeiro diz respeito à concepção de que a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes que visa auxiliar na tomada de decisões e por conseguinte qualificar os processos ou elementos avaliados. E o segundo que a avaliação formativa terá maior consistência se contar com a participação dos atores dos processos ou intervenções que foram avaliadas. Destaca-se que engajar os atores envolvidos na pesquisa, além de contribuir para reflexão de suas práticas, possibilita aos envolvidos (grupos de interesse, grupo de implicados ou ainda *stakeholders*) a co-participação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada.

O objetivo deste estudo é conhecer e discutir indicadores de avaliação da integração ensino-serviço a partir da percepção dos indivíduos envolvidos diretamente no processo: gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade. Por possuir um foco regional, esta pesquisa não se propõe a fazer generalizações ou normatizações, mas sim contribuir no urgente e importante debate do processo de avaliação da integração ensino-serviço do País.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa exploratória se propõe a conhecer com maior profundidade a temática bem como propor novas questões para futuros estudos.<sup>5</sup>

Foi realizada em um município de Santa Catarina, região do Médio Vale do Itajaí, com uma população próxima a 300 mil habitantes e com ampla cobertura de saúde no SUS para seus moradores. Possui histórico de mais de duas décadas de integração ensino-serviço (parceria entre Universidade e Secretaria Municipal de Saúde), os cursos considerados foram os de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Foram identificados como participantes da pesquisa os sujeitos envolvidos na integração ensino-serviço obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

**Grupo 1 (G1):** gestão – quatro participantes do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da atenção básica.



**Grupo 2 (G2):** docentes – nove docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, um ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município;

**Grupo 3 (G3):** discentes - nove discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades.

**Grupo 4 (G4):** profissionais do serviço – quatro coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço.

**Grupo 5 (G5):** comunidade – quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e / ou representante do Conselho Local de Saúde.

Os sujeitos que foram procurados até três vezes e não puderam responder os instrumentos de pesquisa ou que não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos do estudo e substituídos até chegar no número de entrevistados previamente definido (n=30).

Foi construído um instrumento único composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto referido. A validação do instrumento foi realizada por especialistas em avaliação em saúde do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

- a) Entrevista: composta por três questões abertas que visavam conhecer, na perspectiva do entrevistado, as concepções, potencialidades, desafios e indicadores de efetividade para a integração ensino-serviço.
- b) Questionário: aplicado posteriormente a entrevista, composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificada na literatura ao longo do processo de construção deste estudo.

Estes indicadores, em lista, deveriam ser distribuídos, segundo a concepção do entrevistado, em três grupos: (i) maior importância, (ii) média importância e (iii) menor importância. O entrevistado foi orientado a preencher três indicadores em cada uma das três classificações.

O instrumento continha a seguinte proposição: “A integração ensino-serviço é efetiva e de qualidade quando contribui para...”. As opções de indicadores contemplados no instrumento com os respectivos autores que referendam estas posições estão indicadas no **quadro 1**.

Quadro 1 - Indicadores para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço identificados na literatura e respectivos autores de referência

<b>Indicador</b>	<b>Autor (es) de Referência</b>
Satisfação do usuário	Kuabara <i>et al</i> <sup>6</sup> ; Brehmer e Ramos <sup>7</sup>
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	Marin <sup>8</sup>
Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina dos acadêmicos	Ferla <i>et al</i> <sup>9</sup> ; Kuabara <sup>6</sup> ; Brehmer e Ramos <sup>7</sup>
Aumentar o acesso (número de atendimentos a comunidade)	Pereira e Fracolly <sup>10</sup>
Atualizar e reformular os currículos universitários	Fuentes e Garcia <sup>11</sup> ; Souza e Carceri <sup>12</sup>
Resolubilidade da Atenção Básica	Caetano Diniz e Soares <sup>13</sup>
Fortalecer o controle social	Ferreira <sup>14</sup>
Aumentar e manter a adesão aos grupos educativos	Caetano Diniz e Soares <sup>13</sup>
Aperfeiçoamento profissional / formação em serviço	Ferla <i>et al</i> <sup>9</sup> ; Ceccim <sup>15</sup>

Cada participante da pesquisa foi instruído a distribuir os nove indicadores em três graus de importância e a partir disso, assumiu-se que os indicadores de maior frequência com grau *maior* refletiam a posição de cada um dos cinco grupos.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 155/12.

## RESULTADOS

Este item apresenta os três indicadores identificados como de maior importância para a efetiva integração ensino-serviço por grupos, por ordem de maior citação.

Para os gestores (G1) a integração ensino-serviço será efetiva e qualificada quando: (i) amplia o conceito de saúde dos envolvidos; (ii) estimula o aperfeiçoamento permanente dos profissionais e (iii) possibilita maior motivação dos profissionais.

Para os docentes (G2) integração ensino-serviço é efetiva quando: (i) amplia o conceito de saúde dos envolvidos; (ii) o atendimento ao usuário for satisfatório e (iii) o serviço apresentar maior resolubilidade.

Os resultados para os discentes (G3) demonstram uma diferença em relação aos docentes. Entre os discentes são mantidos (i) a satisfação do usuário e (ii) a ampliação do conceito de saúde. E se diferencia ao colocar no grupo de maior importância o (iii) estímulo ao aperfeiçoamento permanente dos profissionais.

No G4 (profissionais do serviço) e G5 (representantes da comunidade) os resultados foram iguais mesmo sendo entrevistados em momentos e locais diferentes. Para ambos os grupos (i) possibilitar maior motivação dos profissionais, (ii) ampliar o conceito de saúde dos envolvidos e (iii) o atendimento do usuário for satisfatório são os principais elementos que identificam efetividade da integração ensino-serviço.

## DISCUSSÃO

Os indicadores apontados e identificados nos discursos dos participantes da pesquisa estão contemplados em literatura e fazem parte da lista do questionário auto referido. Ou seja, os entrevistados não apontaram outros indicadores além dos utilizados nesta pesquisa.

Dos nove indicadores apresentados aos participantes da pesquisa no questionário, quatro não apareceram em nenhum dos cinco grupos como de maior importância. Como papel da integração ensino-serviço, foram consideradas como de média ou menor importância o aumento de acesso da unidade de saúde (aumento de consultas e atendimentos); a contribuição para a reformulação e atualização de currículos universitários; a ampliação da adesão a programas e grupos terapêuticos e a contribuição para o fortalecimento do controle social. Por outro lado, cinco indicadores apareceram dentre os grupos como de maior importância para a qualidade e efetividade da integração ensino-serviço.

Na análise foi percebido um elemento consensual, para todos os grupos a integração ensino-serviço terá maior importância quando contribuir na prática com a ampliação do conceito de saúde de todos os envolvidos. Esta evidência é considerada por Cecílio<sup>16</sup> e se percebe o quão desafiador é reconhecer a saúde com múltiplas facetas e identificar as reais necessidades de saúde das pessoas.

Na tentativa de se aproximar deste conceitual e assim possibilitar sua apropriação, o autor propõe uma taxonomia de necessidades de saúde. A taxonomia indica quatro grandes conjuntos de elementos ('boas

condições de vida'; 'acesso'; 'vínculo' e 'autonomia') que, unidos, poderiam significar um conceito ampliado e com maior apreensão das necessidades de saúde de uma população.<sup>16</sup>

O segundo indicador mais citado pelos cinco grupos do estudo foi a satisfação dos sujeitos, tanto com a assistência prestada quanto com as suas ações e local de trabalho. Este indicador foi considerado muito importante para integração ensino-serviço ser de qualidade em quatro dos cinco grupos pesquisados, exceto para o grupo de gestores.

Moimaz *et al*<sup>17</sup> enfatizam que a avaliação de satisfação é ferramenta fundamental para desenvolver estratégias de gestão, aprimorar os serviços e ainda, contribuir nas tomadas de decisões tanto estratégicas como operacionais. O estudo realizado por estes autores em cinco municípios do Estado de São Paulo apontou uma avaliação positiva dos serviços municipais bem como confiança na equipe de saúde, porém demonstrou insatisfação com o acesso ao atendimento, falta de humanização e acolhimento, tempo de espera para o atendimento além de deficiências em recursos físicos e materiais.

Em João Pessoa (Paraíba) foi realizado estudo de satisfação com as equipes de estratégia de saúde da família. Rosenstock *et al*<sup>18</sup> apontou que mais de 80% dos entrevistados sentem satisfação com o reconhecimento do seu trabalho pela comunidade e em consequência com esse bom trabalho, 96,4% referem satisfação com a boa imagem da unidade perante a comunidade, por outro lado se mostram insatisfeitos com as condições de trabalho e a valorização da gestão.

O terceiro e quarto indicadores apontados como mais importantes na avaliação da integração ensino-serviço funcionam de forma complementar e foram elencados por três do total de cinco grupos pesquisados. A motivação tanto para o trabalho quanto para a busca permanente de aperfeiçoamento e qualificação profissional.

Autores e pesquisas da área estão de acordo com os resultados obtidos. O estudo de Brehmer e Ramos<sup>7</sup> identificou que a aproximação entre ensino e serviço possibilita à comunidade acadêmica e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente. Esta é de via dupla com o frequente intercâmbio não só de conhecimentos, mas também de incentivos, informações e trocas. Neste sentido, a presença dos estudantes e da produção de conhecimento científico dentro das unidades estimula os prestadores de serviço a se atualizarem e procurarem capacitações trazendo repercussões positivas ao serviço e, por conseguinte a comunidade assistida por ele.<sup>19</sup>

Porém para que isto ocorra de forma efetiva na prática são necessárias condições, incentivos, recursos, ou seja, fundamentalmente estratégias de gestão.

Finalmente o quinto indicador listado como de muita importância foi a resolubilidade das ações na unidade de saúde. Este indicador foi citado apenas pelos docentes. Uma análise sobre as prioridades de avaliação do processo de integração ensino-serviço nos diferentes grupos será realizada em artigo específico, confrontando o que cada grupo pensa sobre o processo.

Em relação a resolubilidade, Gonçalves *et al*<sup>20</sup> e Pizzinato *et al*<sup>19</sup> destacam uma maior satisfação dos usuários com os serviços nos locais em que a universidade está presente, e justificam pelo o aumento de consultas, ampliação da participação da comunidade nas ações das unidades, maiores índices de referência e contra referência e, em muitos casos, serviços prestados em equipe multiprofissional. Nesta situação amplia-se o número de casos resolvidos na unidade básica de saúde e refina-se o encaminhamento para os demais níveis de atenção.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro ponto que merece destaque é que os atores envolvidos com a integração ensino-serviço têm percepções próximas da literatura especializada, no sentido em que escolheram indicadores contemplados em estudos da área.

Os grupos pesquisados destacaram cinco indicadores de avaliação como os de ‘maior importância’. Consideram que a integração ensino-serviço será de mais qualidade e efetividade quando: (i) ampliarem os conceitos de saúde dos indivíduos; (ii) propiciarem satisfação, tanto em relação ao serviço prestado quanto ao ambiente e rotina de trabalho; (iii) contribuírem para o aumento da motivação de todos no sentido de investir na formação permanente e com busca de aperfeiçoamento e qualificação constante e (iv) ampliar seus índices de resolubilidade.

Frente aos desafios da integração ensino-serviço no país, o estudo reforça a concepção de incorporar a participação dos atores do processo na construção de indicadores avaliativos e de uma matriz de avaliação com vistas a qualificar ainda mais as práticas e experiências realizadas.

## REFERÊNCIAS

MORITA M.C. HADDAD A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais – Interface da área da Educação e da Saúde na

perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: Moysés, ST, Kryger L, Moysés SJ. (Orgs). Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268 – 276.

BECCARIA, L.M *et al.* Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. *Arquivo Ciências da Saúde*, v. 13, n.3, jul./set. 2006, p. 61-69.

ALBUQUERQUE, V.S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n 3, 2008, p. 356-362.

FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):165-181, 2001

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

KUABARA, C.T.M. *et al* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 18, n. 1, jan/mar 2014, p. 195-201.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*[Internet], v. 16, n.1, jan/mar 2014, p. 228-37.

MARIN, M.J.S. *et al* A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):967-974, 2014

FERLA. A. A. FAMER, C.M. e SANTOS L.M. (Org). Integração ensino-serviço: caminhos possíveis? *Cadernos de Saúde Coletiva*. Porto Alegre: REDE UNIDA, v.2, 2013, p. 140.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 63-75, mar./jun.2011

FUENTES, P.S.; GARCIA, M.A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico *Ciencia y Enfermería* XVII (3): 51-68, 2011

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em odontologia. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.15, n.39,p.1071-84, out./dez. 2011.

CAETANO, J.A; DINIZ R.C; SOARES,E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n.4, 2009,p.638-644.

FERREIRA, V.S. *et al.* PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, 2012, p. 147-151.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.*Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, set/2004-fev/2005, p.161-178.

CECÍLIO, LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R.A. (Org) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ,JMS: ABRASCO, 2009.

MOIMAZ, S.A.S. *et al.*Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *PhysisRevista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, 2010, p. 1419-1440.

ROSENSTOCK et al. Motivação e envolvimento com o trabalho na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, Paraíba, Brasil.*Revista Baiana de Saúde Pública*, Bahia, v.35, n.3, jul./set. 2011, p.591-603.

PIZZINATO, A. *et al.* A integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.2, 2012, p. 170-177.

GONÇALVES, G.P.; ALBIERO, J.F.G. A participação da fisioterapia na resolubilidade da atenção básica em Blumenau – SC. *Revista Extensão em Foco*, Curitiba, n.7, jan/jun 2011, p. 121-130.

### 5.3 MANUSCRITO 03

Artigo que reúne os elementos condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço bem como a força dos indicadores de avaliação sob a ótica dos participantes do estudo: 'Efetividade da integração ensino-serviço: elementos e indicadores de avaliação no olhar dos envolvidos'. Submetido ao periódico Texto & Contexto Enfermagem (ISSN 0104-0707)

#### **EFETIVIDADE DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: ELEMENTOS E INDICADORES DE AVALIAÇÃO NO OLHAR DOS ENVOLVIDOS**

#### **EFFECTIVENESS OF EDUCATION-SERVICE INTEGRATION: ELEMENTS AND EVALUATION INDICATORS IN THE LOOK OF THOSE INVOLVED**

#### **EFICACIA DE LOS ELEMENTOS DE INTEGRACIÓN DE EDUCACIÓN DE SERVICIO Y EVALUACIÓN INDICADORES DE MIRADA IMPLICADOS**

#### **RESUMO**

O estudo tem como objetivos identificar os elementos fundamentais para a efetividade da integração ensino-serviço (IES) e seus indicadores de avaliação, a partir da percepção dos indivíduos envolvidos no processo. Trata-se de pesquisa exploratória, que utilizou entrevistas e questionários, aplicados aos representantes da gestão, da universidade, dos profissionais do serviço e da comunidade. Após análise e categorização foram identificados como condicionantes para uma efetiva integração: a institucionalização; longitudinalidade da atenção; compromisso com o SUS; estrutura, planejamento e avaliação permanente. Os questionários perguntavam sobre nove indicadores e sua força em relação à integração ensino-serviço. Sobre os resultados foi aplicado o teste de Kruskal – Wallis e a prova de Dunn, identificando que a motivação para o trabalho em equipe, a satisfação e a ampliação do conceito de saúde dos envolvidos são os indicadores mais fortes de avaliação. Conclui-se que os elementos e indicadores identificados contribuem para avaliação do processo.

**Descritores:** serviços de integração docente-assistencial. avaliação. saúde coletiva.



## ABSTRACT

The study aims to identify the key elements for the effectiveness of teaching-service integration (TSI) and its evaluation indicators, from the perception of the individuals involved in the process. This is an exploratory research, which used interviews and questionnaires, applied to management representatives, of university, service professionals and community. After analysis and categorization were identified as conditions for effective integration: the institutionalization; longitudinality of attention; commitment to SUS; structure, planning and permanent evaluation. The questionnaires asked about nine indicators and their strength in relation to TSI. The Kruskal - Wallis and Dunn test was applied on the results, identifying that the motivation for teamwork, the satisfaction and the expansion of the concept of health of those involved are the strongest indicators of evaluation. We conclude that the identified elements and indicators contributes to evaluation process.

**Descriptors:** teaching-assistance integration services. formation resources. collective health

## RESUMEN

El estudio tiene como objetivo identificar los elementos clave para la eficacia de la integración de servicios de educación y sus indicadores de evaluación, desde la percepción de los individuos involucrados en el proceso. Se trata de una investigación exploratoria, que utiliza entrevistas y cuestionarios administrados a los representantes de la dirección, universidad, un servicio profesional y de la comunidad. Tras el análisis y la categorización fueron identificados como condiciones para la integración efectiva: la institucionalización; atención longitudinalidad; compromiso con el SUS; estructura, la planificación y la evaluación continua. Los cuestionarios preguntaban unos nueve indicadores y la fuerza en relación con las IES. Acerca de los resultados se aplicó el test de Kruskal - Wallis y Dunn, la identificación de la motivación para el trabajo en equipo, la satisfacción y la ampliación del concepto de la salud de las personas involucradas son los más fuertes indicadores de evaluación. Llegamos a la conclusión de que los elementos e indicadores identificados contribuyen al proceso de evaluación.

**Descriptores:** Enseñanza servicios de integración de la atención; evaluación; salud pública.

## INTRODUÇÃO

A integração ensino-serviço no Brasil possui um percurso histórico que evidencia tanto as aproximações institucionais quanto os entraves e desafios para sua efetivação.<sup>1</sup>

Nos últimos anos observa-se um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças a partir da aproximação do ensino ao sistema de saúde. Estes espaços de integração nos serviços podem promover transformações nos processos de produção de conhecimento para os envolvidos e na qualidade da assistência prestada à população.<sup>2</sup>

Estudos indicam que a integração ensino-serviço pode favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária e a realidade e necessidades do SUS ampliando assim o compromisso com seus princípios; desenvolver ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais e ainda criar sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços.<sup>3-5</sup> Além disso, a integração estimula nos envolvidos práticas multiprofissionais, interdisciplinares, humanizadas e compartilhadas contribuindo para o desenvolvimento de ações de cuidados e formação permanente no SUS.<sup>6,7</sup>

No entanto, outras pesquisas destacam dificuldades neste processo: as diferentes percepções dos atores envolvidos, indefinição de papéis e tendência de dominação de um grupo sobre o outro;<sup>7-9</sup> interesses institucionais distintos;<sup>10-11</sup> dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares.<sup>5, 12-14</sup>

Esta pesquisa reconhece que a integração ensino-serviço é uma realidade nacional com aumento gradativo de suas experiências e que necessita reflexão sobre seus mecanismos e parâmetros de avaliação com vistas à consolidação e efetividade.

Este estudo é inspirado na concepção de método construtivista / participativo para avaliação na saúde<sup>15</sup> e assume pressupostos: (i) concepção de que a avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes que visa auxiliar na tomada de decisões e, por conseguinte qualificar os processos ou elementos avaliados; e (ii) a avaliação formativa terá maior consistência se contar com a participação dos atores dos processos ou intervenções que foram avaliadas. Destaca-se que engajar os atores envolvidos na pesquisa, além de contribuir para reflexão de suas práticas, possibilita aos envolvidos (grupos de interesse, grupo de implicados ou ainda *stakeholders*) a co-participação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada.

Nesta pesquisa, o conceitual de efetividade será o mesmo adotado nas pesquisas e estudos do NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde / UFSC) no qual efetividade é critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida.<sup>16</sup>

Os objetivos deste estudo são (i) identificar os elementos para a efetividade da integração ensino-serviço e (ii) propor indicadores de avaliação para o processo com quantificação de sua força a partir da percepção dos indivíduos envolvidos (gestão, universidade, profissionais do serviço e comunidade).

Por possuir um foco regional, esta pesquisa não se propõe a fazer generalizações ou normatizações, mas sim contribuir no urgente e importante debate do processo de avaliação da integração ensino-serviço do País.

## METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa exploratória, com coleta de dados e análise quali-quantitativa. A pesquisa exploratória se propõe a conhecer com maior profundidade a temática bem como propor novas questões para futuros estudos.<sup>17</sup>

Foi realizada em um município de Santa Catarina, região do Médio Vale do Itajaí. Apresenta uma população superior a 300 mil habitantes e com ampla cobertura de saúde para seus moradores. Possui histórico de mais de duas décadas de integração ensino-serviço (parceria entre Universidade e Secretaria de Saúde). Os cursos envolvidos na pesquisa foram os de Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Foram identificados como participantes da pesquisa os indivíduos envolvidos na integração ensino-serviço obedecendo aos seguintes critérios de inclusão:

**Grupo 1 (G1):** gestão – quatro participantes do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da atenção básica.

**Grupo 2 (G2):** docentes – seis docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, 1 ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município;

**Grupo 3 (G3):** discentes - seis discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades.

**Grupo 4 (G4):** profissionais do serviço – quatro coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço.

**Grupo 5 (G5):** comunidade – quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e / ou representante do Conselho Local de Saúde.

Os sujeitos que foram procurados até três vezes e não puderam responder os instrumentos de pesquisa ou que não aceitaram participar da pesquisa foram excluídos do estudo e substituídos até chegar ao número de entrevistados previamente definido (n= 24 participantes). Os dados foram coletados entre os meses de setembro e novembro de 2015.

Foi construído um instrumento único composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto-referido. A validação foi realizada por especialistas em avaliação em saúde do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

- a) Entrevista: composta por duas questões abertas que visaram conhecer, na perspectiva do entrevistado, quais os elementos condicionantes para se ter integração ensino-serviço de maneira e efetiva e que indicadores julgavam importantes para a avaliação da integração.
- b) Questionário: aplicado posteriormente a entrevista, composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificada na literatura ao longo do processo de construção deste estudo.

Estes indicadores, em lista, deveriam ser distribuídos, segundo a concepção do entrevistado, em três grupos: (i) maior importância, (ii) média importância e (iii) menor importância. O entrevistado foi orientado a preencher três indicadores em cada uma das três classificações.

O instrumento continha a seguinte proposição: ***“A integração ensino-serviço é efetiva e de qualidade quando contribui para...”***.

As opções de indicadores com os respectivos autores que referendam estas posições estão indicadas no quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço identificados na literatura e respectivos autores de referência

<b>Indicador</b>	<b>Autor (es) de Referência</b>
Satisfação do usuário	18-19
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	20
Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina	3,18-19
Aumentar o acesso	21
Adequações curriculares	22-23
Resolubilidade da Atenção Básica	24
Fortalecer o controle social	25
Adesão aos grupos educativos	24
Aperfeiçoamento profissional	3-26

Cada participante da pesquisa foi instruído a distribuir os nove indicadores em três graus de importância (*maior, média e menor*). A partir disso, assumiu-se que os indicadores de maior frequência com grau *maior* refletiam a posição de cada um dos cinco grupos.

Os graus de importância (maior, média e menor) foram transformados em valores de pontuação (3, 2 e 1 pontos) respectivamente.

Posteriormente, com o intuito de mensurar a força destes indicadores, foi aplicado o teste de Kruskal – Wallis, com correção para empates, e após a prova de Dunn para comparações individuais entre os grupos. O nível de significância considerado foi de  $p < 0,05$ .

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas a análise de discurso com posterior categorização.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina: CAAE 38418314.0.0000.5361 sob o parecer 9888.520 de 12/03/2015.

## RESULTADOS

Os resultados do estudo serão apresentados de duas formas: em categorias construídas a partir da análise das entrevistas, e em agrupamentos de indicadores provenientes dos questionários.

Após a transcrição, leitura e análise das questões abertas da entrevista foram categorizados os elementos consensuais entre os diferentes grupos de participantes. Como resultados, por ordem de

frequência de recorrência nos discursos dos indivíduos foram identificados seis elementos que seriam condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço:

- Institucionalização: a integração ensino-serviço com legislação e parceria institucional visando a ultrapassagem de acordos à partir de simpatias e questões pessoais.

- Compromisso com o SUS e com a integração ensino-serviço (*perfil dos participantes*)

- Regularidade / Longitudinalidade: trabalho continuado, sem trocas semestrais de cenários favorecendo a construção de vínculos e formação permanente dos envolvidos.

- Planejamento semestral conjunto com vistas à adequação dos objetivos pedagógicos e demanda local.

- Avaliação Parcial e Final composto por encontros de monitoramento e realização de ajustes ao longo do semestre e avaliação final com programação do semestre seguinte.

- Estrutura Física mínima para o bom andamento das atividades propostas.

Referente à segunda questão aberta da entrevista, os indicadores apontados e identificados nos discursos dos participantes da pesquisa estão contemplados em literatura e fazem parte da lista do questionário auto referido (segunda parte do instrumento de pesquisa). Ou seja, os entrevistados não apontaram outros indicadores além dos utilizados nesta pesquisa.

Os dados dos questionários foram tabulados e posteriormente aplicados os testes estatísticos selecionados.

Os grupos foram ordenados para melhor compreensão; o valor do teste de Kruskal-Wallis foi:  $W = 39,94$  ( $p < 0.0001$ ).

Tabela 1 – Mediana dos indicadores de avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica de acordo com a percepção dos entrevistados (n=24)

I2- Motivação para trabalho em equipe	3.0	
I1 – Satisfação do usuário	2.5	
I3– Ampliação conceito de saúde	2.5	
I4 – Ampliação do acesso	2.0	
I6– Aumento da resolubilidade	2.0	
I8– Ampliação da frequência a grupos	2.0	
I9 – Aperfeiçoamento profissional	2.0	
I7– Fortalecimento do controle social	1.0	
I5 – Adequações curriculares	1.0	

As colunas em vermelho indicam equivalência estatística, de acordo com o teste de Dunn para comparações entre grupos. Estes resultados indicam que a ‘motivação para trabalho em equipe’ foi o indicador considerado de maior importância, com diferenças significativas para os indicadores 4,5,6,7,8 e 9.

Os indicadores 1 (satisfação) e 3 (ampliação do conceito de saúde) foram considerados mais importantes que os indicadores 5 e 7.

Os demais contrastes foram considerados equivalentes entre si.

## DISCUSSÃO

Desde o artigo 200 da Constituição Federal, os artigos 14 e 27 da Lei Orgânica da Saúde (8080) e a Portaria 198/2004 que institui a Política Nacional de Educação Permanente observa-se a preocupação com a formação e o incentivo para articular a modificação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e nas instituições de ensino e também transformar a rede de serviços e de gestão em rede-escola.

Posteriormente a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais para Saúde e o avanço das políticas indutoras de integração ensino-serviço reforçaram sua importância, porém sem regulamentação que permitisse sua institucionalização.

Na literatura são relatadas apenas experiências isoladas, como os casos do distrito docente assistencial em Porto Alegre (RS)<sup>27</sup>, a rede docente-assistencial de Florianópolis (SC)<sup>28</sup>, e no Ceará, o Sistema Municipal de Saúde Escola (SMSE) de Fortaleza e o Sistema de Saúde Escola de Sobral.<sup>29</sup>

Em relação ao elemento condicionante “perfil” estudos evidenciam que muitos trabalhadores não se sentiam à vontade com a presença dos alunos e dos docentes e não reconheciam como suas as responsabilidades dessa ação, já que seus contratos de trabalho não mencionavam a função docente. Além disso, estes profissionais revelaram dificuldades em participar das ações desses programas, talvez pela falta de conhecimento ou clareza quanto aos objetivos dos projetos.<sup>25,30</sup>

No que tange à universidade, a não profissionalização da função docente, a diversidade de cenários e atividades e as resistências às mudanças são alguns dos motivos que podem dificultar a adesão docente às formações e adequações.<sup>31</sup>

Os cenários das práticas podem se modificar com frequência alta em função do número de alunos envolvidos e que se modificam a cada

semestre, as incompatibilidades entre a disponibilidade nas unidades de saúde e as cargas horárias exigidas nos currículos, mudanças na gestão, nos profissionais das unidades e nos docentes se configuram situações que limitam o processo continuado de educação permanente e a construção de vínculos, compromisso e co-responsabilidade entre os envolvidos na integração.<sup>32,33</sup>

Finalmente o planejamento, acompanhamento e avaliação parcial e final das ações de ensino em serviço realizadas, não somente em relação à integração ensino-serviço, mas na saúde são essenciais para a qualificação das práticas.

Planejamento pode ser entendido como um instrumento de racionalização humana que visa construir proposições, verificar viabilidade, minimizar o risco de problemas de percurso e atender as necessidades individuais e coletivas dos envolvidos. Neste sentido, para o planejamento não existe método pronto e nem mesmo é realizado por “planejadores”. Planejar é uma atitude permanente e realizada pelos envolvidos na situação fazendo com que esta participação possibilite uma cultura de compromisso entre todos.<sup>34</sup>

O desafio de planejar as ações e atividades integradas entre ensino e serviço reside no fato de que muitas vezes ocorre um descompasso entre os objetivos institucionais. Enquanto a universidade na maioria das vezes possui foco exclusivo nos seus objetivos pedagógicos o serviço tem suas demandas locais, nesta lógica um planejamento participativo poderia equacionar esta situação.

Os quatro objetivos principais da avaliação em saúde podem significar contribuições importantes tanto na avaliação parcial da integração ensino-serviço (ao longo do semestre / ano letivo) quanto na avaliação final que contribui para o planejamento da ano seguinte.<sup>35</sup>

O objetivo estratégico (contribui no planejamento e elaboração das intervenções) e o formativo (fornece informações para melhorar a intervenção) teriam ênfase nas avaliações parciais enquanto que o objetivo somativo (determina os efeitos da ação para decidir sobre sua manutenção e/ou transformação) e o fundamental (visa contribuir para o progresso do conhecimento) seriam o foco da avaliação final.<sup>35</sup>

Referente ao elemento condicionante estrutura física existem relatos na literatura de consequências danosas aos usuários e profissionais da precariedade da rede de serviços. Esta situação se potencializa em unidades com integração ensino-serviço, pois os estudantes e professores vão necessitar de espaço e material para a realização das suas ações em conjunto. Pode-se destacar prejuízos decorrente da inadequação da infra-estrutura com redução do acesso, da



resolubilidade, humanização, continuidade da assistência e a não oferta de determinadas ações e para o profissional do serviço, gera o comprometimento de sua autonomia, insatisfações, desgastes e improvisações, conflitos com os usuários, dificuldade para planejar recursos e atingir metas, interrupções na oferta de ações e dificuldades no desempenho e na realização de práticas com qualidade.<sup>33,36</sup>

Quanto aos indicadores de avaliação identificados, os autores dessa pesquisa assumem sua importância e os julgam essenciais na construção futura de uma matriz avaliativa. Porém, em função da complexidade e extensão do tema optam por refletir e discutir os três indicadores que apresentaram diferença estatística significativa nas variações de força: motivação para o trabalho em equipe; satisfação dos envolvidos e apropriação do conceito ampliado de saúde.

Fazer saúde como ação coletiva e não como trabalho fragmentado é instrumento de motivação, poder e de adaptação social. Neste sentido, a aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimentos.<sup>19,28</sup>

Na mesma lógica, acadêmicos e professores sentem-se motivados em estar vivenciando o trabalho em equipe e percebendo *in loco* as repercussões e parcerias com a comunidade e esta participação nos diferentes programas no serviços de saúde tem servido de estímulo para a qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores.<sup>30</sup>

A educação permanente necessita ser tomada como uma estratégia de gestão, propiciando a mobilização de lideranças e de recursos para o enfrentamento dos diferentes problemas cotidianos.<sup>28,37</sup>

Outro indicador que foi destacado pelos participantes dessa pesquisa é o relativo a satisfação, em especial, da comunidade. Não é difícil encontrar na literatura textos que destacam a relevância do controle social. Os estudos enfatizam inclusive que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação e ainda que o diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável por modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema.<sup>38</sup>

Nesta perspectiva, escutar os envolvidos na rotina da unidade, com ênfase aos usuários, sobre satisfação pode ser importante instrumento para planejamento e ajustes das ações. Em unidades de integração ensino-serviço, a universidade poderia se unir aos demais atores neste movimento dialógico o quê poderia contribuir para ampliar a satisfação de todos os envolvidos no processo.

E por fim, contribuir na apropriação e incorporação do conceito ampliado de saúde entre todos os envolvidos na unidade, em especial os acadêmicos.

Ainda são evidenciados na universidade, nas práticas de saúde e na comunidade paradoxos em relação aos significados de saúde. A perspectiva reducionista, com enfoque eminentemente biológico está presente “misturada” com o discurso de complexidade e ampliação de um conceito de saúde singular e com determinantes sociais e contextuais.

Há necessidade de formação permanente e exercício no cotidiano das unidades para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho.<sup>39,40</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa teve dois objetivos distintos, porém complementares e com o intuito de contribuir nos processos avaliativos da integração ensino-serviço. E para o alcance dos mesmos, se propôs ouvir os implicados no processo numa perspectiva participativa.

Ficaram evidenciados pelos participantes como elementos condicionantes para a efetividade da integração ensino-serviço: a institucionalização do processo; o compromisso com o SUS e com a integração (perfil dos profissionais); a longitudinalidade das ações e práticas na comunidade; o planejamento conjunto das ações, visando compassar objetivos pedagógicos e demandas locais; a incorporação de avaliação parcial, acompanhamento e avaliação final das atividades e uma estrutura física adequada.

Referente aos indicadores de avaliação para a efetividade da integração ensino-serviço, os participantes do estudo concordam com os evidenciados pela literatura: ampliação do acesso; fortalecimento do controle social; aumento da adesão as ações realizadas, a adequação e reformulação dos currículos universitários, aperfeiçoamento dos profissionais e aumento da resolubilidade da atenção básica.

E ainda, com destaque estatisticamente significativo, a motivação para o trabalho em equipe, a satisfação dos usuários e a apropriação do conceito ampliado de saúde no cotidiano das unidades.

A expectativa é de que estas considerações contribuam para a reflexão permanente sobre o tema e subsidie futuros estudos avaliativos.

## REFERÊNCIAS

1. Marsiglia, RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
2. Batista SHSS, Jansen B, Assis EQ, Senna MIB, Cury GC. Education in Health: reflections from the Pro-Health and PET-Health Programs. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl:743-52.
3. Ferla AA, Famer CM, Santos LM. Integração ensino-serviço: caminhos possíveis? *Cadernos de Saúde Coletiva*. Porto Alegre: Rede Unida, v.2, 2013, p. 140.
4. Cunha PF, Magajewski F. Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. *Saúde Soc. São Paulo*, v.21, supl 1, p.71-79, 2012
5. Sordi MRL, Lopes CVM, Domingues SM, Cyrino EG. The potential of formative evaluation on the change processes of professional healthcare education. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Supl 1:731-42.
6. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007.
7. Flores LM, Trindade AL, Loreto DR, Unfer B, Dall'Agnol MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. *Interface (Botucatu)*. 2015; 2015; 19 Supl:923-30
8. Silva EVM. A Formação de Profissionais da Saúde em Sintonia com o SUS - currículo integrado e interdisciplinar. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.
9. Andrade SR, Boehs AE, Mattia D, Boehs CGE, Daussys FS. Cooperation and the relationship between education and healthcare institutions: the nursing Pró-Saúde project. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2014 Jan-Mar; 23(1): 160-6.
10. Olschowsky A, Silva, GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. *Rev. esc. enferm. USP* 2000, vol.34, no.2, p.128-137.
11. Beccaria, LM, Trevizan MA, Janucci, MZ. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino:

concepção do processo sob a ótica de docentes, estudantes e enfermeiros. *Arq. Ciênc. Saúde* 2006;13(3):61-69

12. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 356-362.

13. Holbrook WP, Brodin P, Balciuniene I, Brukiene V, Bucur MV, Corbet E et al. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. *European Journal of Dental Education* 2008 v.1, n.12, p. 161-16.

14. Miranda C, Carvalho V, Souza E.. Integração docente-assistencial – uma questão “não resolvida”. *Esc. Anna Nery R. enferm.*, Rio de Janeiro. 1997 v.1, n.2, 62-73

15. Furtado JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(1):165-181, 2001

16. Sander B. Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento. Campinas, SP: Autores associados, 1995. 220p.

17. Gil, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

18. Kuabara CTM, Sales PRS, Marin MJS, Tonhon SFR. Education and health services integration: na integrative review of the literature. *Revista Mineira de Enfermagem*, Minas Gerais, v. 18, n. 1, jan/mar 2014, p. 195-201.

19. Brehmer LCF, Ramos FRS. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica de Enfermagem*[Internet], v. 16, n.1, jan/mar 2014, p. 228-37.

20. Marin MJS, Oliveira MAC, Otani MAP, Cardoso CP, Moravick MYAD, Conterno LO et al. A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3):967-974, 2014

21. Pereira JG, Fracolli LA. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 63-75,mar./jun.2011

22. Fuentes OS, Garcia MA. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico Ciencia y Enfermería XVII (3): 51-68, 2011
23. Souza AL, Carcereri DL. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em odontologia. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.39,p.1071-84, out./dez. 2011.
24. Caetano JÁ, Diniz RC, Soares E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*, v. 14, n.4, 2009,p.638-644.
25. Ferreira VS, Barreto RLM, Oliveira EK, Ferreira PRF, Santos LPS, Marques VEA et al. PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, 2012, p. 147-151.
26. Ceccim RB Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 9, n. 16, set/2004-fev/2005, p.161-178.
27. Pereira, AF. Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
28. Reibnitz KS, Daussy MFS, Silva CAJ, Reibnitz MT, Kloh D. Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos PróSaúde I e II. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. 2012 vol 36, pp 68-75
29. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integration research, education and health services: background, strategies and initiatives. *Saúde Soc*. São Paulo, v.22, n.1, p.187-198, 2013
30. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS *RevBras Educ Med* 36 (1, Supl. 2) : 170-177; 2012
31. Garcia MAA, Silva ALB. Um perfil do docente de medicina e sua participação na reestruturação curricular. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2011, vol.35, n.1, pp. 58-68. ISSN 0100-5502.
32. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. The PET-Family Health and the education of health

professionals: students' perspectives. *Interface* (Botucatu). 2015;19 Supl 1:805-16.

33. Lima PAB, Rozendo CA. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. *Interface* (Botucatu). 2015;19 Supl 1:779-91.

34. Teixeira CF Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. In: Teixeira CF. organizadora. *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA;2010. p.17-50

35. Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

36. Pedrosa ICF, Corrêa ACP, Mandú ENT. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. *Rev. CiencCuid Saúde* 2011, Jan/Mar. 10(1)

37. Guimarães EMP, Martin SH, Rabelo FCP. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Ciencia y enfermaeria* XVI (2): 25-33, 2010.

38. Moimaz SAS, Marques JAM, Saliba O. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 20 [4]: 1419-1440, 2010.

39. Dalmolim BB, Zamberlan C, Schaurich D, Colomé Js, Gehlen MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery* (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394

40. Câmara AMCS, Melo VLC, Gomes MGP, Pena BC, Silva AP, Oliveira KM. Percepção do Processo Saúde-Doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *Rev Bras Educação Med*. 36: 10-50, 2012.

## 5.4 MANUSCRITO 04

Descreve o passo a passo da construção da matriz avaliativa (dimensões, indicadores, medidas e parâmetros) desde a concepção inicial até a finalização pós oficina de consenso: ‘Modelo de avaliação da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais na Atenção Básica’. Artigo inédito ainda não submetido.

Vale destacar que este artigo tem um número de laudas superior a média dos periódicos em virtude de quê no corpo de seu texto estão descritos os *rationales* dos indicadores utilizados na matriz avaliativa proposta.

Posteriormente, de acordo com as normas do periódico selecionado, o manuscrito será ajustado ao formato exigido.

### **MODELO DE AVALIAÇÃO DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO EM DIFERENTES TIPOS DE UNIDADES DOCENTES ASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA**

### **MODEL ASSESSMENT OF TEACHING FACULTY IN-SERVICE INTEGRATION UNITS DIFFERENT TYPES OF ASSISTANCE IN PRIMARY CARE**

#### **RESUMO**

No Brasil os últimos anos evidenciaram políticas educacionais e de saúde que estimulam e induzem a educação permanente e a formação no e para o SUS. Esta pesquisa objetivou elaborar um modelo de avaliação para a efetividade da integração ensino-serviço na atenção básica à saúde. Estudo metodológico de abordagem qualitativa que elaborou o modelo com base na literatura sobre o tema, consulta aos envolvidos na integração (gestão, ensino, serviço e comunidade) e técnicas de consenso com discussão de especialistas para validação. O modelo teórico-lógico foi construído com suporte na legislação da saúde e educação. A matriz avaliativa foi composta por quatro dimensões, dez indicadores e dez medidas. O modelo deve passar por teste de aplicabilidade para verificar se está adequado a esta avaliação bem como identificar a necessidade de ajustes para sua utilização.

**Descritores:** serviço de integração docente-assistencial, avaliação, saúde pública

## ABSTRACT

In Brazil, recent years have highlighted educational and health policies that stimulate and induce permanent education and training in and for the SUS. This research aimed to develop a model for evaluating the effectiveness of the teaching-service integration in primary health care. Methodological study of qualitative approach that produced the model based on the literature on the subject, consult those involved in integration (management, education, and community service) and consensus with technical experts of discussion for validation. The theoretical and logical model was built with support in health and education legislation. Evaluative matrix was composed of four dimensions, ten indicators and ten measures. The model must undergo applicability test to check whether it is appropriate to this review and identify the need for adjustments to its use.

**Descriptors:** Teaching integration service, evaluation, public health

## RESUMEN

En Brasil, los últimos años han puesto de relieve políticas de educación y salud que estimulan e inducen la educación y la formación permanente en y para el SUS. Esta investigación tuvo como objetivo desarrollar un modelo para evaluar la efectividad de la integración docente-asistencial en la atención primaria de salud. Estudio metodológico del enfoque cualitativo que produjo el modelo basado en la literatura sobre el tema, consultas a los involucrados en la integración (gestión, educación servicios y comunidad) y el consenso con expertos técnicos en discusión para su validación. El modelo teórico y lógico fue construido con apoyo en la legislación de salud y educación. La matriz se compone de cuatro dimensiones, indicadores y diez medidas. El modelo debe someterse a prueba de aplicabilidad para comprobar si es apropiado e identificar la necesidad de ajustes en su uso.

**Descriptores:** Enseñanza servicio de integración de la atención, la evaluación, la salud pública

## INTRODUÇÃO

Historicamente a integração ensino-serviço no Brasil demonstra tanto aproximações institucionais quanto entraves e desafios para a efetivação.<sup>1</sup> Nos últimos anos é perceptível um movimento de ampliação e fortalecimento da formação em saúde, indutor de mudanças a partir da aproximação do ensino ao sistema de saúde.<sup>2</sup>



Estudos indicam que a integração ensino-serviço pode: favorecer a diminuição da distância entre a formação universitária, a realidade local e necessidades do SUS, ampliando assim o compromisso com seus princípios; desenvolver ações e projetos que aproximem objetivos pedagógicos das prioridades locais; e ainda criar sinergias entre cursos e disciplinas que atuam nos serviços.<sup>3-5</sup> No entanto, outras pesquisas destacam dificuldades neste processo: as diferentes percepções dos atores envolvidos, a indefinição de papéis e a tendência de dominação de um grupo sobre o outro<sup>6-8</sup>; interesses institucionais distintos<sup>9,10</sup>; dificuldades metodológicas e integração embasada em negociações particulares.<sup>5, 11-13</sup>

Considerando que a integração ensino-serviço no país passa por um processo de ampliação e qualificação e que são encontrados na literatura casos isolados de sua institucionalização como em Porto Alegre, Florianópolis, Fortaleza e Sobral<sup>14-16</sup> pressupõe-se um modelo avaliativo para contribuir neste processo.

O objetivo do presente estudo foi elaborar um modelo para a avaliação da efetividade da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais na atenção básica.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa metodológica de abordagem qualitativa, para elaborar um modelo de avaliação para a integração ensino-serviço, em seus diferentes tipos de unidades docente assistenciais.<sup>17</sup>

Neste estudo adotou-se o critério da efetividade, entendido como capacidade real para responder as exigências sociais e demandas políticas da comunidade envolvida.<sup>18</sup> As UDAs foram analisadas de acordo com uma tipologia desenvolvida pelos autores, cuja classificação aponta os tipos que mais favorecem a integração docente assistencial.

A pesquisa foi realizada por meio de três estratégias: levantamento bibliográfico; coleta de dados junto aos atores envolvidos com a integração ensino-serviço (gestão, ensino, serviço e comunidade) e técnica de consenso com consulta a especialistas para definição e validação de instrumentos de coleta de dados.

Para o levantamento bibliográfico foram consultadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), composta por: LILACS, IBECs, MEDLINE, Biblioteca Cochrane e SciELO. Foram empregados os descritores de serviços de integração docente assistencial em inglês, espanhol e português: *teaching integration services / servicios integración docente asistencial*), integração ensino serviço e ensino em

serviço. Esta etapa permitiu identificação preliminar de indicadores e apoiar a elaboração do modelo teórico-lógico.

A opção metodológica de consultar os envolvidos é baseada nas concepções de Furtado<sup>19</sup> ao propor um método construtivista / participativo para avaliação em saúde, em que o engajamento dos atores, contribui para a reflexão de suas práticas, possibilita aos envolvidos a co-participação, o comprometimento e o uso da avaliação realizada. Esta etapa da pesquisa foi realizada em um município de Santa Catarina. Foram identificados os atores envolvidos na integração ensino-serviço, agregados em cinco grupos, com os seguintes critérios de inclusão:

**Grupo 1 (G1):** gestão – quatro participantes do Núcleo de Educação Permanente, incluindo a coordenação da educação e trabalho do município e a coordenação da atenção básica.

**Grupo 2 (G2):** docentes – nove docentes da área da saúde da universidade com, no mínimo, um ano de atividades de ensino e/ou extensão nas unidades de saúde do município;

**Grupo 3 (G3):** discentes - nove discentes da mesma universidade que atuam em estágio ou projeto de extensão nas unidades.

**Grupo 4 (G4):** profissionais do serviço – quatro coordenadores de unidades básicas de saúde com histórico de maior antiguidade atuando com a integração ensino-serviço.

**Grupo 5 (G5):** comunidade – quatro usuários das mesmas unidades com participação ativa nas rotinas do bairro e / ou representante do Conselho Local de Saúde.

O total de participantes foi de 30 indivíduos.

Foi construído um instrumento de coleta de dados composto por duas partes: uma entrevista e um questionário auto referido. A validação do instrumento foi realizada por especialistas em avaliação em saúde do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A entrevista foi composta por três questões abertas que visavam conhecer, na perspectiva do entrevistado, as concepções, potencialidades, desafios e indicadores de efetividade para a integração ensino-serviço. Foram trabalhadas por análise de conteúdo, visando identificar e categorizar os indicadores citados pelos participantes.

O questionário foi aplicado após a entrevista, e era composto por uma lista de nove indicadores de avaliação da integração ensino-serviço identificada na literatura ao longo do processo de construção deste estudo. Os respondentes deveriam indicar, segundo sua concepção, o grau de importância desses indicadores, em máximo, médio ou mínimo.

Os resultados específicos desta etapa são apresentados e discutidos em outro artigo.

A terceira etapa nos possibilitou a validação dos indicadores identificados. Os dados foram analisados, organizados e submetidos a discussão com especialistas, sob forma de comitê tradicional<sup>20</sup>, com a finalidade de fortalecer a validade interna do estudo e ainda discutir sobre dimensões, indicadores, medidas e parâmetros da matriz avaliativa proposta. O grupo foi composto por representantes da gestão, do ensino, do serviço bem como especialistas em avaliação em saúde.

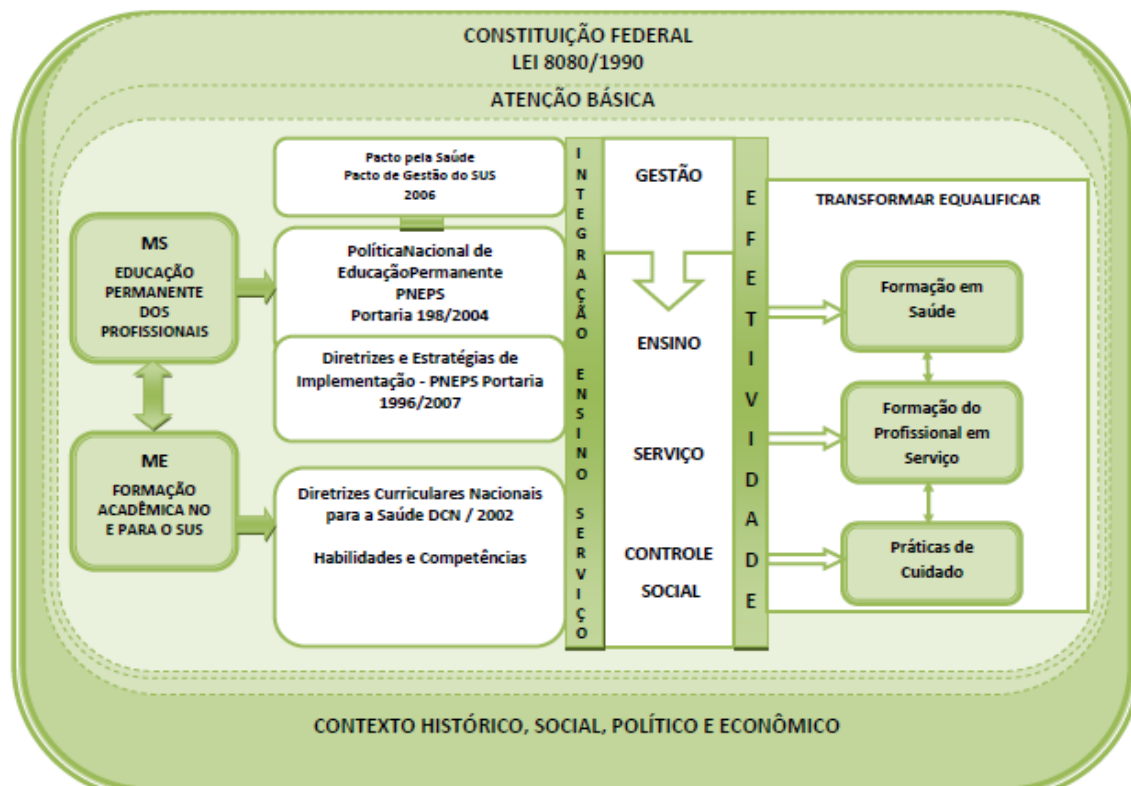
A partir da validação pelo comitê de especialistas foi finalizada a matriz para avaliar a efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica.

## **RESULTADOS**

A construção do modelo teórico lógico (MTL) foi realizada com base na revisão bibliográfica e avaliação por pares do NEPAS – Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, do Departamento de Saúde Pública da UFSC. O MTL sofreu ajustes e foi refinado com apoio nos dados obtidos na pesquisa com os envolvidos no processo de integração serviço, bem como com sugestões da banca de qualificação da tese.

O modelo teórico tem origem nas políticas de educação permanente do Ministério da saúde e nas políticas de formação do MEC. A integração ensino-serviço entra no modelo como elemento de ligação entre as políticas, e abre a sua parte lógica. Nesta parte a efetividade da integração ensino-serviço é apresentada para os envolvidos (ensino – serviço- gestão - comunidade) e que posteriormente se configuram nas dimensões da matriz de avaliação.

Figura 1 - Modelo Teórico-Lógico para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica



Segundo o MTL a integração ensino-serviço será efetiva quando contribuir para a transformação e qualificação da formação em saúde; da formação em serviço; e das práticas de cuidado. Por conseguinte, se estes objetivos forem atingidos a gestão terá sido efetiva também.

### **As Dimensões**

As quatro dimensões que compõe a Matriz Avaliativa foram construídas e respaldadas em legislação e revisão de literatura. Na Política Nacional de Educação Permanente<sup>21</sup> quanto nas Diretrizes e Estratégias de Implementação da PNEPS<sup>22</sup> ficam estabelecidos quatro segmentos intrinsecamente envolvidos no processo da integração ensino-serviço:

*“[...] Instituição de relações orgânicas e permanentes entre as estruturas de gestão da saúde, as instituições de ensino, os órgãos de controle social em saúde e as ações e os serviços de atenção à saúde [...]”*

*“[...] Diversificar a ofertas de cursos, estimular a superação dos limites da formação e das práticas clínicas, proporcionando a interação de docentes e estudantes nos cenários de práticas de saúde e promovendo a educação permanente das equipes de saúde, fortalecendo o controle da sociedade sobre o sistema de saúde e qualificando a formação e a atenção integral à saúde [...]”*

Além disso, autores como Ceccim e Feuerwerker<sup>23</sup>, Albuquerque *et al*<sup>24</sup>, Brehmer e Ramos<sup>25</sup>, Marin *et al*<sup>26</sup> sustentam que o processo de formação, educação permanente e integração ensino-serviço são constituídos por quatro segmentos que se comunicam e relacionam integralmente.

Neste sentido, foram definidas as quatro dimensões para o estudo: Gestão – Ensino – Serviço – Comunidade.

As dimensões têm o mesmo peso na avaliação final, e foram avaliadas por pontuações de 0 a 2 pontos para cada indicador. Ao final de cada dimensão será atribuído conceito “bom” para as 25% UDAs melhores pontuadas; conceito “ruim” para as 25% UDAs com piores pontuações e as demais receberão o conceito de “regular”.

### **Os Indicadores**

Os indicadores de avaliação para a integração ensino-serviço identificados nos discursos dos participantes estavam presentes na

literatura especializada evidenciando concordância entre os envolvidos com a integração e os autores que estudam o tema.

Os indicadores de avaliação estão apresentados no quadro 1.

Quadro 1 – Indicadores para avaliação da efetividade da integração ensino-serviço identificados na literatura e respectivos autores de referência

<b>Indicador</b>	<b>Autor (es) de Referência</b>
Satisfação do usuário	Mendez <sup>27</sup> , Moimaz <sup>28</sup> Kuabaraet <i>et al</i> <sup>29</sup> ; Brehmer e Ramos <sup>25</sup>
Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe	Brehmer e Ramos <sup>25</sup> , Reibnitzet <i>et al</i> <sup>15</sup> Marin <sup>30</sup>
Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina dos acadêmicos	Kuabaraet <i>et al</i> <sup>29</sup> ; Brehmer e Ramos <sup>25</sup> Ferla <i>et al</i> <sup>3</sup> ; Flores <i>et al</i> <sup>31</sup> ; Dalmolin <i>et al</i> <sup>32</sup> ; Câmara <i>et al</i> <sup>33</sup>
Aumentar o acesso (número de atendimentos à comunidade)	Tombini <sup>34</sup> Pereira e Fracolly <sup>35</sup>
Atualizar e reformular os currículos universitários	Brehmer e Ramos <sup>25</sup> , Reibnitzet <i>et al</i> <sup>15</sup> Albuquerque <i>et al</i> <sup>24</sup> Castro <i>et al</i> <sup>36</sup> Cavalheiro e Guimarães <sup>37</sup> Fuentes e Garcia <sup>39</sup> ; Souza e Carceri <sup>39</sup>
Resolubilidade da Atenção Básica	Gonçalves <i>et al</i> <sup>40</sup> ; Pizzinato <i>et al</i> <sup>41</sup> Caetano Diniz e Soares <sup>42</sup>
Fortalecer o controle social	Queiroz <i>et al</i> <sup>43</sup> ; Paim <sup>44</sup> Ferreira <sup>45</sup>
Aumentar e manter a frequência aos grupos educativos	Caetano Diniz e Soares <sup>42</sup> Feurerwerker e Sena <sup>46</sup>
Aperfeiçoamento profissional / formação em serviço (ampliação dos currículos dos profissionais)	Ferla <i>et al</i> <sup>3</sup> ; Pizzinato <i>et al</i> <sup>41</sup> Lima e Rozendo <sup>47</sup> ; Ceccim <sup>48</sup>

No quadro 2 estão sistematizados as quatro dimensões estabelecidas e os seus respectivos indicadores.

Quadro 2 - Dimensões e indicadores da matriz avaliativa para avaliação da integração ensino-serviço da Atenção Básica

Dimensão	Indicador	
Gestão	1	Ampliação do Acesso
	2	Resolubilidade Atenção Básica
Serviço	3	Motivação para Trabalho em Equipe
	4	Aperfeiçoamento profissional
	5	Frequência a grupos (atividades coletivas)
Comunidade	6	Satisfação do usuário
	7	Fortalecimento Controle Social
Ensino	8	Ampliação Conceito de Saúde
	9	Ampliação Conhecimento SUS
	10	Atualizar e Reformar Currículos

### ***Rationales da Matriz Avaliativa da Efetividade da Integração Ensino-Serviço com seus Indicadores, Medidas e Parâmetros***

#### **Dimensão – Gestão**

##### **Indicador 1: Ampliação do Acesso**

A presença de estudantes e professores nas unidades de saúde pode ampliar a cobertura de assistência tanto em ações individuais quanto nas ações coletivas em grupos de educação em saúde. O planejamento do trabalho integrado da equipe com comunidade acadêmica poderá resultar em disponibilidade e velocidade de ação.<sup>34,35</sup>

O indicador identifica em quais tipos de UDA existe maior acesso a comunidade, bem como se há diferença de acesso em períodos letivos e não letivos do ano. Calculado por uma razão entre o número procedimentos individuais e coletivos realizados na unidade e a população cadastrada em meses letivos – abril e setembro, e não letivos – fevereiro e julho. Os meses foram escolhidos intencionalmente, em função de serem considerados típicos, mais estáveis para as atividades em campo. Em março e agosto, por exemplo, de acordo com calendário acadêmico existem semanas de organização das atividades de campo ainda em ambiente universitário, diminuindo assim os dias das ações junto às UBS.

## **Indicador 2: Resolubilidade da Atenção Básica**

Diniz e Soares<sup>42</sup>, Gonçalves *et al*<sup>41</sup> e Pizzinato *et al*<sup>40</sup> destacam maior satisfação dos usuários com os serviços nos locais em que a universidade está presente, explicada pelo aumento de acesso a consultas, ampliação da participação da comunidade nas ações das unidades, menores índices de encaminhamentos para atenção especializada e, em muitos casos, serviços prestados em equipe multiprofissional. Nesta situação amplia-se o número de casos resolvidos na unidade básica de saúde e refina-se a condução para os demais níveis de atenção.

Este indicador identifica em quais tipos de UDA existe maior índice de resolubilidade, aqui definido pelas menores taxas de encaminhamentos para setores especializados da rede, observadas as variações de resolubilidade em períodos letivos e não letivos. Calculado por uma razão entre o número de encaminhamentos da unidade e número de consultas médicas nos meses selecionados.

## **Dimensão 2 - Serviço**

### **Indicador 3 – Motivação para trabalho em equipe**

A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimento. Neste sentido, os atores envolvidos no processo sentem-se motivados em vivenciar o trabalho em equipe e perceber *in loco* as repercussões e parcerias com a comunidade.<sup>15, 25-26</sup>

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior motivação para realizar seu trabalho em equipe. Uma escala do tipo Likert aplicada aos profissionais das UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em 3 extratos: 25% com maior motivação – 50% com motivação intermediária – 25% com menor motivação.

### **Indicador 4 – Aperfeiçoamento Profissional**

A participação em diferentes tipos de ações e programas junto à comunidade universitária tem levado a maior qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores. A convivência com docentes e discentes e a proximidade da universidade podem gerar nos profissionais o desejo de buscar aprimoramentos inclusive especializações.<sup>3,40,47</sup>

Indicador que identifica em quais tipos de UDA os profissionais apresentam maiores índices de aperfeiçoamento profissional. Foram



pontuados: cursos de aperfeiçoamento (carga horária igual ou maior que 180h); especializações (carga horária igual ou maior que 360h); outras atividades opcionais de educação permanente (carga horária inferior a 180h) que tenham sido realizados por médico (a) e enfermeiro (a) após seu ingresso na Atenção Básica do município.

Na oficina de consenso com especialistas foi definido que os cursos de aperfeiçoamento teriam maior pontuação em função de não significarem compensações econômicas (progressão na carreira) para o trabalhador, ou seja, nos sugere que a disposição de se atualizar é o motivo principal da busca dessa formação. Para cursos de aperfeiçoamento foi atribuído 1,0 ponto. As demais atividades 0,5 pontos para cada.

### **Indicador 5 – Frequência a grupos (atividades coletivas)**

Diniz e Soares<sup>42</sup> e Feurerwerker e Sena<sup>46</sup> destacam as repercussões da educação permanente e do ensino em serviço na qualidade dos atendimentos prestados à comunidade tanto individual quanto coletivamente. Neste sentido, a integração estimula a maior participação popular e a busca pela integralidade e resolubilidade adequadas a realidade local.

Indicador que identifica quais tipos de UDA apresentam maior participação nas atividades coletivas (grupos) desenvolvidos nas unidades selecionadas. Calculado por uma taxa de frequência mensal ao grupo por número de cadastrados. Foi selecionado o grupo de hipertensos e diabéticos (conhecidos na Atenção Básica como grupo de HIPERDIA) em função de ser o mais frequente nas unidades, os meses foram escolhidos intencionalmente, em função de serem considerados típicos, mais estáveis para as atividades em campo, e foram justificados anteriormente no indicador 1.

## **Dimensão 3 – Comunidade**

### **Indicador 6 – Satisfação do Usuário**

Moimaz *et al*<sup>28</sup> evidenciam que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação, e que o diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável por modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema.

Para Brandão, Giovanella e Campos<sup>50</sup> avaliar a satisfação dos usuários é ferramenta fundamental para subsidiar decisões

compartilhadas, práticas profissionais, reorganizar processos de trabalho bem como realocar recursos, readequar ações e redefinir objetivos.

Nesta lógica, trabalhos em parceria do serviço com a universidade podem contribuir tanto para a satisfação da comunidade quanto para seu empoderamento nas práticas preventivas de saúde.<sup>25,27,29</sup>

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior satisfação do usuário com a assistência prestada nas unidades. Uma escala do tipo Likert foi aplicada aos líderes da comunidade e/ou participantes dos conselhos locais de saúde das UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em 3 grupos: 25% das UDAs com maiores índices de satisfação – 50% das UDAs com índices intermediários – 25% das UDAs com menores índices de satisfação.

### **Indicador 7 – Fortalecimento do Controle Social**

Queiroz *et al*<sup>43</sup>, Ferreira<sup>45</sup> e Paim<sup>44</sup> sustentam que a participação da comunidade expressa a orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação a saúde da comunidade. Nas unidades de saúde com presença da universidade se tem a expectativa de que a comunidade seja estimulada a participar com maior número de pessoas destacando dessa forma o seu direito de decidir democraticamente sobre as necessidades e prioridades de seu território.

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior estímulo para o fortalecimento do controle social. Uma escala do tipo Likert aplicada aos líderes da comunidade e/ou participantes dos conselhos locais de saúde das UDA selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em 3 grupos: 25% com maiores índices de concordância – 50% índices intermediários – 25% com menores índices de concordância.

## **Dimensão 4 - Ensino**

### **Indicador 8 – Ampliação do Conceito de Saúde nos Envolvidos**

Há necessidade de formação permanente e exercício contínuo no cotidiano das UBS para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho.<sup>3, 32-33,49</sup>

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior ampliação do conceito de saúde nos acadêmicos e professores envolvidos na integração ensino-serviço. Uma escala do tipo Likert foi aplicada aos acadêmicos e professores que atuam nas UDA selecionadas

e os resultados obtidos foram distribuídos em 3 grupos: 25% das UDAs com maiores índices de concordância – 50% das UDAs com índices intermediários – 25% das UDAs com os menores índices de concordância.

### **Indicador 9 – Ampliação do Conhecimento sobre o SUS**

Pesquisas recentes como as de Kuabara *et al*<sup>29</sup>, Brehmer e Ramos<sup>25</sup>, Flores *et al*<sup>6</sup> e Pereira *et al*<sup>31</sup> identificam que além da articulação teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local, o ensino em serviço amplia o conhecimento do SUS e a proximidade dos alunos da saúde coletiva.

Indicador que identifica em quais tipos de UDA existe maior ampliação do conhecimento sobre o SUS nos acadêmicos e professores envolvidos na integração ensino-serviço. Uma escala do tipo Likert aplicada aos acadêmicos e professores que atuam nas UDAs selecionadas e os resultados obtidos serão distribuídos em 3 grupos: 25% das UDAs com maiores índices de concordância – 50% das UDAs com índices intermediários – 25% das UDAs com os menores índices de concordância.

### **Indicador 10 – Adequações Curriculares**

Muitos estudos como os de Cavalheiro e Guimarães<sup>37</sup>, Albuquerque *et al*<sup>11</sup>, Sousa e Carcereri<sup>39</sup>, Fuentes e Garcia<sup>38</sup>, Castro *et al*<sup>36</sup>, Reibnitz *et al*<sup>15</sup>, Brehmer e Ramos<sup>25</sup> destacam a integração ensino serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular.

Indicador que busca identificar quais tipos de UDA podem estimular ajustes e adequações curriculares que visem enfatizar a saúde e o SUS ao longo da graduação. Indicador composto por duas medidas, com respostas Sim/Não, sendo atribuído um ponto para o sim e zero ponto para o não. As duas medidas: existência de adequações curriculares nos últimos cinco anos com ampliação de disciplinas e/ou cargas horárias relativas ao SUS; e presença de ligas, núcleos, programas de extensão relacionados ao SUS nos cursos avaliados. Para cada resposta sim nas duas medidas se atribui 1 ponto.

## Julgamentos de cada Dimensão

As dimensões foram julgadas a partir da soma de pontos dos indicadores, recebendo conceito Bom, Regular, ou Ruim, de acordo com as pontuações atingidas. Na dimensão 1, cada UDA poderá atingir 4 pontos. Será considerada ruim a UDA que não pontuar; regular a que pontuar 1 ou 2 pontos e boa a que pontuar 3 ou 4 pontos. Na dimensão 2 (serviço) cada UDA poderá atingir 6 pontos. Será considerada ruim a UDA que fizer até 1 ponto; regular a que pontuar 2 a 4 pontos e boa a que pontuar 5 ou 6 pontos. Na dimensão 3 (comunidade) cada UDA poderá atingir 5 pontos. Será considerada ruim a UDA que fizer até 1 ponto; regular a que fizer 2 pontos e boa a que pontuar 3 a 5 pontos. Na dimensão 4 (universidade) cada UDA poderá atingir 6 pontos. Será considerada ruim a UDA que fizer até 1 ponto; regular a que fizer 2 a 4 pontos e boa a que pontuar 5 e 6 pontos.

Por fim o juízo de valor sobre o tipo de UDA e o favorecimento a integração ensino serviço. No quadro 3:

Quadro 3 - Julgamento das Dimensões e Ajuizamento de Valor para a avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica

Dimensão	Julgamento da dimensão	
D1 Gestão	Bom = <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>	
D2 Serviço	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>	
D3 Comunidade	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>	
D4 Ensino	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>	
Juízo de valor final		
<b>Efetivo</b> 6 a 8 pontos	<b>Parcialmente</b> 4 ou 5 pontos	<b>Não efetivo</b>
Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (Ensino)	Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (Ensino)	0 a 3 pontos

Entendemos que para uma UDA favorecer a efetividade da integração ensino-serviço, seja total ou parcialmente, não pode ter atributo ‘ruim’ nas dimensões ensino, serviço e comunidade. A gestão é função ‘meio’, aquela que vai garantir e sustentar as inter-relações das funções ‘fim’; por isso, se uma UDA foi bem avaliada nas atividades fim, ainda que esteja ruim na atividade meio, ainda tem possibilidades de ser bem avaliada no que diz respeito a efetividade do desenvolvimento das ações de integração ensino serviço.

## DISCUSSÃO

A dimensão “*gestão*” utilizou dois indicadores: ampliação do acesso e da resolubilidade da atenção básica. Argumenta-se que uma UDA com trabalho integrado possa apresentar maior oferta de serviços - seja na amplitude de ações, seja na sua quantidade, maiores possibilidades de discussão e ação sobre os casos da comunidade e ainda a ampliação de ações coletivas de educação em saúde.

A função da gestão se baseia fundamentalmente na busca da melhoria da atenção prestada e do nível de saúde da população assistida. Um grande desafio em qualquer país, especialmente nos de baixa e média condição financeira é ampliar a coerência entre os recursos disponíveis, os serviços e as necessidades da comunidade. Dessa forma, organizar e ofertar serviços onde estão as necessidades, ampliar acesso a rede de serviços, potencializar a resolubilidade da atenção e a satisfação dos usuários são objetivos importantes.<sup>51</sup>

Nesta lógica, estudos sobre a integração ensino-serviço indicam maior satisfação de usuários com serviços nos locais em que a universidade está presente. E justificam pelo aumento de vagas em consultas, diversidade na oferta de serviços, ampliação da participação da comunidade nas ações das unidades, menores índices de referência para o serviço especializado e, em muitos casos, serviços prestados em equipe multiprofissional.<sup>40-41</sup>

A dimensão “*serviço*” tem como indicadores: motivação para trabalho em equipe; aperfeiçoamento profissional e aumento da frequência as atividades coletivas da unidade. Neste sentido, estes três indicadores sugerem um encadeamento. Se o trabalho parceiro com docentes e discentes inspira e amplia a motivação dos trabalhadores em serviço, tem-se a expectativa do aprimoramento ser permanente e, por conseguinte refletir na qualificação de todas as ações realizadas na unidade.

A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimento. Neste sentido os atores envolvidos no processo sentem-se motivados em estar vivenciando o trabalho em equipe e percebendo *in loco* as repercussões e parcerias com a comunidade.<sup>15,25</sup>

A participação em diferentes tipos de ações e programas junto a comunidade universitária tem servido como estímulo a qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores. A convivência com docentes e discentes e a proximidade da universidade podem gerar nos profissionais o desejo de buscar aprimoramentos inclusive especializações.<sup>40,47</sup>. Caetano Diniz e Soares<sup>42</sup> e Feuerwerker e Sena<sup>46</sup> destacam as repercussões da educação permanente e do ensino em serviço na qualidade dos atendimentos prestados a comunidade tanto individual quanto coletivamente.

A dimensão “comunidade” é composta por dois indicadores: a satisfação do usuário e o fortalecimento do controle social. Moimaz *et al*<sup>28</sup> evidencia que o usuário é o ponto central dos processos de avaliação e ainda que a diálogo permanente entre profissionais e população local pode ser responsável por modificar e qualificar o cotidiano das práticas e o próprio sistema. Uma UDA com trabalho conjunto e integrado acaba por ampliar suas ações e sua aproximação da comunidade. Desta forma pode significar maior satisfação do usuário e ainda o empoderamento e qualificação da participação popular. Queiroz *et al*<sup>43</sup> e Paim<sup>44</sup> sustentam que a participação da comunidade expressa a orientação para democratizar os serviços e as decisões em relação a saúde da comunidade.

A dimensão “*ensino*” possui três indicadores: ampliação do conceito de saúde e do conhecimento do SUS e adequações curriculares. A presença de docentes e discentes no cotidiano das unidades e a realização de ações integradas junto ao serviço e a comunidade podem consolidar a apropriação do conceito de saúde para além de ausência de queixas e ainda a visualização rotineira tanto da filosofia do SUS e seus desafios. Por conseguinte estas experiências e pessoas acabam por retornar à universidade dispostas a qualificar sua formação de forma permanente.

Há necessidade de formação permanente e exercício contínuo no cotidiano das UBS para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho.<sup>32-33</sup>

Pesquisas recentes como as de Flores *et al*<sup>6</sup> e Pereira *et al*<sup>31</sup> identificam que além da articulação teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local, o ensino em serviço amplia o conhecimento do SUS e a proximidade dos alunos da saúde coletiva. Muitos estudos como os de Cavalheiro e Guimarães<sup>37</sup>, Albuquerque *et al*<sup>11</sup>, Sousa e Carcereri<sup>39</sup>, Fuentes e Garcia<sup>38</sup>, Castro *et al*<sup>36</sup>, Reibnitz *et al*<sup>15</sup>, Brehmer e Ramos<sup>25</sup> destacam a integração ensino serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do modelo de avaliação da integração ensino-serviço para atenção básica à saúde foi realizada num processo composto por três momentos distintos, porém complementares. A revisão e atualização constante de literatura especializada, a consulta aos envolvidos no processo de integração (gestão – serviço – ensino – comunidade) e discussão entre especialistas da área de avaliação e representantes dos grupos.

A matriz proposta possui quatro dimensões, dez indicadores e dez medidas visando identificar qual(is) os tipos de unidades docente-assistenciais mais ou menos favorecem a integração.

A matriz proposta precisa ser testada para verificar sua aplicabilidade e a necessidade de adequações e ajustes para posteriormente ser utilizada em maior escala.

## REFERÊNCIAS

1. MARSIGLIA, RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo (SP): Hucitec; 1995.
2. BATISTA SHSS, JANSEN B, ASSIS EQ, SENNA MIB, CURY GC. Formação em saúde: reflexões a partir dos programas Pró-Saúde e Pet-Saúde. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 743-752, 2015.
3. FERLA. A. A. FAMER, C.M. e SANTOS L.M. org. Integração ensino-serviço: caminhos possíveis? Editora Rede Unida, 2013
4. CUNHA PF, MAGAJEWSKI F Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. Saúde Soc. v.21, supl 1, p.71-79, 2012

5. SORDI MRL, LOPES CVM, DOMINGUES SM, CYRINO EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 731-742, 2015.
6. FLORES LM, TRINDADE AL, LORETO DR, UNFER B, DALL'AGNOL MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 923-930, 2015.
7. SILVA EVM. A Formação de Profissionais da Saúde em Sintonia com o SUS - currículo integrado e interdisciplinar. Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS. Ministério da Saúde: Brasília, 2008.
8. ANDRADE SR, BOEHS AE, MATTIA D, BOEHS CGE, DAUSSYS FS. Cooperação e relacionamento entre instituições de ensino e serviço de saúde: o Pró-Saúde Enfermagem. Texto Contexto Enferm. v. 23, n. 1, p. 160-166, 2014.
9. OLSCHOWSKY A, SILVA, GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. Rev. esc. Enferm. v.34, n.2, p.128-137, 2000.
10. BECCARIA, LM, TREVIZAN MA, JANUCCI, MZ. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, estudantes e enfermeiros. Arq. Ciênc. Saúde. v. 13, n.3, p. 61-69, 2006.
11. ALBUQUERQUE VS, GOMES AP, REZENDE CHA, SAMPAIO MX, DIAS OV, LUGARINHO RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. bras. educ. med. [online].v. 32, n.3, p. 356-362, 2008.
12. HOLBROOK WP, BRODIN P, BALCIUNIENE I, BRUKIENE V, BUCUR MV, CORBET Eet al. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. European Journal of Dental Education. v. 1, n.12, p. 161-166, 2008.
13. MIRANDA C, CARVALHO V, SOUZA E. Integração docente-assistencial – uma questão “não resolvida”.Esc. Anna Nery R. enferm. v.1, n.2, 62-73, 1997.



14. PEREIRA, A.F. Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
15. REIBNITZ, K. S. *et al* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos PróSaúde I e II. Rev. Brasileira de Educação Médica. v. 36, n.1, p. 68-75, 2012.
16. ELLERY, A.E.L, BOSI, M.L.M, LOIOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saúde Soc. v.22, n.1, p.187-198, 2013.
17. SCARATTI D, CALVO MCM. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica a saúde. RevSaude Publica. v. 46, n.3, p. 446-455, 2012.
18. SANDER B. Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento. Campinas, SP: Autores associados, 1995. 220p.
19. FURTADO JP. Um método construtivista para avaliação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva. v. 6, n.1, p. 165-181, 2001.
20. BERETTA, I.K.; CALVO, M.C.M.; LACERDA, J.T. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. Cad. Saúde Pública. v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde – Brasília, 2004
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes e Estratégias de Implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde – Brasília, 2007
23. CECCIM, R. B. FEUERWERKER L. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública. v. 20, n.5, p. 1400-1410, 2004.
24. ALBUQUERQUE V.S. *et al*. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. bras. educ. med. [online]. v.32, n.3, p. 356-362, 2008.

25. BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* v. 16, n.1, p. 228-237, 2014.
26. MARIN, M.J.S. et al A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA *Ciência & Saúde Coletiva.* v.9, n.3, p. 967-974, 2014.
27. MENDÉZ,S.Influencia de la integración docente asistencial em la calidad de los servicios del primer nivel Del Perú y em la formación médica. [Tese] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Peru, 2012.
28. MOIMAZ SAS, MARQUES JAM, SALIBA O. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* v.20, n.4, p.1419-1440, 2010.
29. KUABARA, C.T.M. et al Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Min Enferm.* v.18, n.1, p. 195-201, 2014.
30. MARIN MJS, OLIVEIRA MAC, OTANI MAP, CARDOSO CP, MORAVICK MYAD, CONTERNO LO *et al.* A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA *Ciência & Saúde Coletiva.* v.19, n.3, p. 967-974, 2014.
31. FLORES LM, TRINDADE AL, LORETO DR, UNFER B, DALL'AGNOL MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. *Interface (Botucatu).* V.19, supl. 1, p. 923-930, 2015.
32. DALMOLIM BB, ZAMBERLAN C, SCHAURICH D, COLOMÉ JS, GEHLEN MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc Anna Nery.* v. 25, n.2, p. 389-394, 2011.
33. CÂMARA AMCS, MELO VLC, GOMES MGP, PENA BC, SILVA AP, OLIVEIRA KM. Percepção do Processo Saúde-Doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *Rev Bras Educação Med.* v.36, n.1, p.10-50, 2012.
34. TOMBINI L.H.T. Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

35. PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. *Trab. Educ. Saúde*. v. 9, n. 1, p. 63-75, 2011.
36. CASTRO R. D. BRAGA C.C., FREIRES I. A. Integração ensino serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. *Rev. Brasil. Ciências da Saúde*. v.16, n.1, p.235-238, 2012.
37. CAVALHEIRO, M.T.P., GUIMARÃES A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. *Cadernos do FNEPAS vol I*, Brasília, 2011.
38. FUENTES, P.S.; GARCIA, M.A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial em la formación profesional y el campo clínico *Ciencia y Enfermería* v.XVII, n.3, p.51-68, 2011.
39. SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino serviço em um curso de graduação em odontologia. *Interface - Comunic.,Saude, Educ*. v.15, n.39, p.1071-1084, 2011.
40. PIZZINATO, A. et al A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS *Rev Bras Educ Med*. v.36, n.1, supl 2, p. 170-177, 2012.
41. GONÇALVES, G.P.; ALBIERO, J.F.G. A participação da fisioterapia na resolubilidade da atenção básica em Blumenau – SC. *Revista Extensão em Foco*. v.1, n.7, p. 121-130, 2011.
42. CAETANO, J.A; DINIZ R.C; SOARES,E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cogitare Enfermagem*. v. 14, n.4, p.638-644, 2009.
43. QUEIROZ MFF, VALEIRAS APNV, LERIN RS, LINO FS, FORNAZIER VCP, DIAS JUNIOR UB *et al* Grupo PET-Saúde/Vigilância em Saúde ao Trabalhador Portuário: Vicência compartilhada. *Interface (Botucatu)*.v. 19, n.1, supl, 1, p. 941-951, 2015.
44. PAIM, JS O quê é SUS? Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2009. (Coleção Temas em Saúde).
45. FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a Interação entre Ensino,Serviço e Comunidade *Ver Bras Ed Med*. v.36, n.1, supl 1, p. 127-133, 2012.
46. FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das

experiências UNI. Interface – Comunic., Saúde, Educ. v.6, n.10, p. 37-50, 2002.

47. LIMA PAB, ROZENDO CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoría do Pró-Pet-Saúde. Interface (Botucatu). v.19, n.1, supl 1, p. 779-791, 2015.

48. CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência & Saúde Coletiva. v.10, n.4, p. 975-986, 2005.

49. RIBEIRO, I.L. Aprendizagem na interação ensino-serviço-comunidade. A formação na perspectiva dialógica da sociedade. [Dissertação] Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

50. BRANDÃO,ALRBS, GIOVANELLA, L, CAMPOS, CEA Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva. v. 18, n.1, p.103-114, 2013.

51. DUSSALT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. Rev. Adm. Pub, v.8, n.2, p. 8-19, 1992.

Tabela 1 - Matriz Avaliativa da Efetividade da Integração Ensino-Serviço na Atenção Básica

<b>Dimensões</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Medidas</b>	<b>Parâmetros</b>
<b>Gestão</b>	Ampliação do Acesso	Razão: proced. mês let/pop cadastrada / proced mês não let/pop cadastrada	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
	Aumento Resolubilidade AB	Razão: no. encaminhamentos/no. Consultas médicas mês let / no. encaminhamentos/no. consultas médicas mês não let	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
	Motivação	Escala tipo Likert	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
<b>Serviço</b>	Aperfeiçoamento Profissional	Curso Aperfeiçoamento (= ou >180h) Curso Especialização (=>360h) Outras ativ Ed perm (<180h)	Sim=1pt / Não=0pt Sim=0,5pt / Não=0pt Sim=0,5pt / Não=0pt
	Frequência a grupos educativos	Razão: freq grupo mês let/pop cadastrada / freq grupo mês não let/pop cadastrada	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt

<b>Comunidade</b>	Satisfação	Escala tipo Likert	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
	Fortalecimento controle social	Escala tipo Likert	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores inter=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
	Ampliação conceito saúde	Escala tipo Likert	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
	Ampliação conhecimento SUS	Escala tipo Likert	25% melhores escores=Bom=2pt 50% escores interm=Regular=1pt 25% piores escores=Ruim=0pt
<b>Ensino</b>	Adequações curriculares	Adequações curriculares pós 2010 com vistas ao SUS	Sim=1pt Não=0pt
		Presença de ligas, núcleos, programas de extensão relacionados ao SUS	Sim=1pt Não=0pt

## 5.5 MANUSCRITO 05

Descreve a aplicação e os resultados da matriz de avaliação em oito unidades docente-assistenciais (duas de cada tipo proposto) e aponta qual (is) os tipos que mais e menos favorecem a efetividade da integração. 'Avaliação da integração ensino-serviço em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais na Atenção Básica'. Artigo inédito ainda não submetido.

### **AValiação DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA DO SUS**

### **EVALUATION OF EDUCATION-SERVICE INTEGRATION IN SUS PRIMARY CARE**

#### **RESUMO**

A integração ensino-serviço tem como pressuposto colaborar com a formação acadêmica, com o aperfeiçoamento profissional da rede e com a qualidade das ações em saúde. Esta pesquisa avalia a sua efetividade e identifica os modelos que mais favorecem a integração. A pesquisa avaliativa foi realizada em oito unidades básicas de saúde em um município de SC, utilizando uma matriz composta por quatro dimensões - gestão, serviço, comunidade e ensino - e dez indicadores. Os resultados mostram que as unidades que apresentaram favorecimento para a integração tinham processos de trabalho compartilhados com as equipes e ligeiro predomínio da supervisão sobre preceptoria, e foram consideradas mais efetivas.

**Descritores:** avaliação. saúde coletiva. serviços de integração docente-assistencial

#### **ABSTRACT**

The teaching-service integration presupposes collaborate with academic training with the professional development of the network and the quality of health actions. This research evaluates the effectiveness and identify the models that favor more integration. Evaluative research was conducted in eight basic health units in a city in SC, using a matrix composed of four dimensions -management, service, community and education - and ten indicators. The results show that the units showed favoritism to integrate work processes had shared with the teams and

slight predominance of supervision over preceptorship, and were considered more effective.

**Keywords:** evaluation. public health. teaching care integration services

## INTRODUÇÃO

No Brasil o início dos anos 2000 pode ser considerado um marco para a integração ensino-serviço. As Diretrizes Curriculares Nacionais para área da saúde publicadas entre os anos de 2001 e 2004 apontaram para a formação de profissionais de perfil generalista, crítico e humanista e ainda que sua aprendizagem esteja centrada nas necessidades de saúde da população. Propõe uma formação no e para o SUS. No mesmo período houve a publicação da Política Nacional de Educação Permanente (2004) que institucionaliza a Educação Permanente no cotidiano do SUS. Para Ceccim (2005) esta pode corresponder à educação formal dos profissionais quando consegue congrega vivências profissionais múltiplas e integra trabalho e ensino.

Neste sentido, a integração ensino-serviço se coloca como via de mão dupla, com possibilidade de favorecer a formação de acadêmicos na rotina do SUS e também o processo de reflexão e formação permanente do profissional do serviço, resultando assim na qualidade da assistência prestada a comunidade.

São encontradas na literatura experiências de integração ensino-serviço institucionalizadas junto a municípios como Porto Alegre, Florianópolis, Fortaleza e Sobral, porém a maioria organiza suas ações conjuntas respeitando características locais e legislações específicas de cada profissão envolvida. Por este motivo são perceptíveis múltiplos formatos de realizá-la, o que sugere um estudo avaliativo que aponte quais modelos favorecem mais ou menos a integração. (PEREIRA, 2013; REIBNITZ *et al* 2012; ELLERY, BOSI e LOIOLA, 2013).

Por suas características a atenção primária em saúde é cenário privilegiado, com posição estratégica na rede de atenção à saúde para promover mudanças na formação, na problematização dos processos de trabalho e estimular a autonomia das pessoas. (MADRUGA *et al* 2015; FAGUNDES e BURNHAM, 2005).

Em pesquisa anterior, realizada pelos mesmos autores, foram propostos 4 tipos de unidades docente-assistenciais (UDAs) na Atenção Básica: (i) supervisão e agenda compartilhada; (ii) preceptoria e agenda compartilhada; (iii) preceptoria e agenda própria e (iv) supervisão e agenda própria. Para essa tipologia, o termo agenda designa o conjunto



de processos de trabalho que envolve as ações de integração docente assistencial, e define se estas ações se dão como parte da rotina da unidade de saúde ou se há atividades específicas para estudantes.

A partir de uma revisão de literatura especializada sobre o tema, de pesquisa empírica com consulta de informantes-chave (gestão, ensino, serviço e comunidade) sobre a integração ensino-serviço e oficinas de consenso entre especialistas do tema, os autores construíram um modelo de avaliação da integração ensino-serviço composto por 4 dimensões e 10 indicadores avaliativos para o processo.

O objetivo deste artigo é apresentar resultados da avaliação da efetividade da integração ensino-serviço, com a utilização de matriz avaliativa, em diferentes tipos de unidades docente-assistenciais, identificando os tipos de UDA que mais favorecem a integração docente assistencial.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, para testar um modelo de avaliação de efetividade e indicação de que modelos de UDAs mais contribuem para o favorecimento da integração ensino-serviço. Este tipo de estudo visa analisar mediante métodos científicos o grau de coerência entre os componentes da intervenção, mais precisamente entre a pertinência, os fundamentos teóricos e os efeitos de uma intervenção bem como a relação desta intervenção com seu contexto. (CONTANDRIOPOULOS *et al* 1997).

Nesta pesquisa, o conceitual de efetividade é o critério político e social que supõe compromisso real com o alcance de objetivos visando satisfazer as demandas concretas, expectativas e necessidades da comunidade envolvida (SANDER, 1995).

O estudo ocorreu em um município de Santa Catarina, com mais de 300 mil habitantes e mais de 50 UBS além de ampla rede de atenção especializada composta por ambulatórios gerais, policlínicas, centros de referência e hospitais. A Secretaria Municipal de Saúde possui histórico de parceria universidade e rede de serviços de saúde a mais de duas décadas em atividades de ensino, pesquisa e extensão. A pesquisa foi desenvolvida entre os meses de janeiro e março de 2016.

As unidades de saúde foram escolhidas intencionalmente, com o auxílio da coordenadora de integração ensino-serviço da secretaria municipal de saúde do município; foram selecionadas oito unidades docente-assistenciais (duas de cada um dos quatro tipos propostos) para realização do estudo, dentre as 52 existentes na rede. Nesta seleção

foram consideradas unidades que mantinham uma continuidade de ações ensino-serviço ao menos nos últimos três anos e compostas por equipes de saúde que, em sua maioria, tivessem experiência de contato com a universidade.

Os participantes do estudo em cada uma das oito unidades foram:

- cinco integrantes da equipe de SF;
- três representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade
- um docente e três acadêmicos que estivessem em estágio final (último ano) de seus cursos naquela unidade.

No total foram consultados 12 sujeitos de cada unidade perfazendo um total de 96 envolvidos. Além dos questionários, foram coletados dados no SIAB e realizada entrevista com a orientadora pedagógica do Centro de Ciências da Saúde da universidade.

As dimensões e indicadores utilizados na matriz avaliativa estão sistematizados no seguinte quadro:

**Quadro 1** – Dimensões e indicadores da matriz avaliativa para avaliação da integração ensino-serviço da Atenção Básica

<b>Dimensão</b>	<b>Indicador</b>	
Gestão	I1	Ampliação do Acesso
	I2	Resolubilidade Atenção Básica
Serviço	I3	Motivação para Trabalho em Equipe
	I4	Aperfeiçoamento profissional
	I5	Frequência a grupos (ativ coletivas)
Comunidade	I6	Satisfação do usuário
	I7	Fortalecimento Controle Social
Ensino	I8	Ampliação Conceito de Saúde
	I9	Ampliação Conhecimento SUS
	I10	Atualizar e Reformar Currículos

Sob esta perspectiva a pesquisa foi realizada com cinco fontes distintas, porém complementares:

(i) consulta a dados secundários junto ao SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) com ano de referência de 2015 para contemplar os

indicadores 1 (ampliação acesso), 2 (resolubilidade atenção básica) e 5 (frequência a grupos de educação e saúde);

(ii) questionários aplicados a cinco integrantes da equipe de cada unidade para contemplar os indicadores 3 (motivação para trabalho em equipe) e 4 (aperfeiçoamento profissional);

(iii) questionários aplicados a três representantes do conselho local e/ou líderes da comunidade para contemplar os indicadores de cada unidade para contemplar os indicadores 6 (satisfação do usuário) e 7 (fortalecimento do controle social).

(iv) questionários aplicados a três estudantes e um professor que realizaram práticas em cada uma das unidades selecionadas em 2015, para contemplar os indicadores 8 e 9 (ampliação do conceito de saúde e conhecimento do SUS).

(v) entrevista ao apoio pedagógico do Centro de Ciências da Saúde da universidade para contemplar o indicador 10.

No julgamento de cada dimensão foram atribuídos pontuações e sua qualificação em BOA, REGULAR e RUIM, como disposto no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Pontuação qualitativa das dimensões da efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica

<b>Dimensão</b>	<b>Julgamento da dimensão</b>
D1 Gestão	Bom = <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>
D2 Serviço	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>
D3 Comunidade	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>
D4 Ensino	Bom= <b>2 pontos</b> Regular = <b>1 ponto</b> Ruim = <b>0 pontos</b>

Finalmente o julgamento do grau de efetividade e favorecimento à integração, definidos pela pontuação das dimensões (quadro 3).

Quadro 3 – Avaliação da efetividade da integração ensino-serviço na atenção básica

<b>Juízo de valor do favorecimento à integração</b>		
<b>Efetivo</b> 6 a 8 pontos  Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (ensino)	<b>Parcialmente</b> 4 ou 5 pontos  Sem a possibilidade de ser ruim nas dimensões 2 (serviço), 3 (comunidade) e 4 (ensino)	<b>Não efetivo</b>  0 a 3 pontos

Foi definido em oficina de consenso uma “trava” na avaliação, em função de serviço, comunidade e ensino serem funções fim da integração docente assistencial, enquanto a gestão foi entendida como atividade meio. Assim, nenhuma UDA poderia favorecer total ou parcialmente a efetiva integração ensino-serviço se fosse RUIM em alguma dessas dimensões.

Após coleta e tabulação dos dados, as UDAs foram submetidas à matriz de julgamento para apontar os tipos de unidades docente-assistenciais que mais ou menos favorecem a efetividade da integração ensino-serviço.

Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 9888.520 de 12/03/2015.

## RESULTADOS

Os resultados da avaliação estão apresentados nos quadros 4 e 5.

Quadro 4 - Pontuações e Conceitos obtidos pelas UDA avaliadas, de acordo com as dimensões.

UDA	TIPO	GESTÃO	SERVIÇO	COMUNIDADE	ENSINO	PTS
A	1	REGULAR	BOM	REGULAR	REGULAR	5
B	2	BOM	REGULAR	BOM	BOM	7
C	3	REGULAR	RUIM	REGULAR	REGULAR	3
D	4	REGULAR	RUIM	REGULAR	REGULAR	3
E	1	BOM	BOM	BOM	BOM	8
F	2	REGULAR	REGULAR	BOM	REGULAR	5
G	3	RUIM	RUIM	RUIM	REGULAR	1
H	4	RUIM	REGULAR	RUIM	REGULAR	2

Quadro 5: Tipo de UDA, pontuação de forma decrescente e grau de favorecimento

UDA	TIPO	TOTAL PTS	FAVORECIMENTO
E	1: supervisão / agenda compartilhada	8	Favorece
B	2: preceptoria / agenda compartilhada	7	Favorece
A	1: supervisão / agenda compartilhada	5	Parcialmente
F	2: preceptoria / agenda compartilhada	5	Parcialmente
C	3: supervisão / agenda própria	3	Não
D	4: preceptoria / agenda própria	3	Não
H	4: preceptoria / agenda própria	2	Não
G	3: supervisão / agenda própria	1	Não

## DISCUSSÃO

Sob um olhar mais amplo, a integração ensino-serviço nas oito UDAs participantes do estudo foi dividido de forma igualitária entre as que favorecem (4 unidades) e que não favorecem (4 unidades).

O ponto de maior evidência e que é facilmente percebido ao observar o quadro está relacionado ao elemento ‘agenda compartilhada’ da tipologia proposta.

Importante pormenorizar neste momento o que é denominado neste estudo de agendas. Este foi o termo utilizado para caracterizar a relação e organização dos processos de trabalho entre a equipe de saúde do serviço e o grupo da universidade.

As quatro UDAs que favorecem a integração ensino-serviço possuíam agenda compartilhada ou seja, tanto o serviço quanto a universidade se ajustam para compassar seus objetivos e se propõem a realizar suas atividades de forma conjunta de acordo com a realidade e contexto.

Também é importante destacar que, com agenda compartilhada, os dois agentes – universidade e serviço – são tensionados a flexibilizar seus objetivos primários em prol de um novo objetivo conjunto: nem a

demanda da unidade nem o objetivo pedagógico podem se sobrepor, obrigando à discussão e ao ajuste de atividades comuns e integradas.

O compartilhamento das ações parece implicar todos os envolvidos no processo: motivação e formação permanente de profissionais, maior legitimidade social, resolução de demandas reprimidas ou especializadas da comunidade. Por outro lado, possibilita a troca constante de saberes capaz de combater a hegemonia do saber técnico sobre o senso comum e possibilitar ao estudante uma formação contextualizada com aprendizado significativo. (CECCIM e FEUERWERKER, 2004; FERREIRA *et al*, 2015; SORDI *et al* 2015; BATISTA *et al* 2015)

O outro componente de composição da tipologia: o elemento de ligação entre a universidade e o serviço, nas formas de supervisão ou preceptoria foi incluído fundamentalmente por duas características: a) resume as formas de relação pedagógica entre serviço e universidade; b) é fundamental para a integração de conhecimentos e experiências entre as instituições.

Neste ponto não ocorreram diferenças significativas no favorecimento para a integração ensino-serviço, porém é perceptível um discreto predomínio pelo elemento ‘supervisor’ dentre as 4 UDA que favorecem o processo. Perceptível apenas na variação de pontuação da matriz (somatório de pontos dentre as UDAs de ‘agenda compartilhada’: com condução por supervisor (UDAs tipo 1:  $8 + 5 = 13$  pontos) e com condução por preceptor (UDAs tipo 2:  $7 + 5 = 12$  pontos).

O desafio de formação pedagógica de docentes e preceptores é amplamente discutido. Frequentemente na área da saúde alguns profissionais, por serem bons técnicos, “viram” professores ou preceptores. Muitas vezes esse processo se mostra insuficiente, mas é perceptível um aumento crescente e qualificado nesta formação. (PERRENOUD *et al* 2001; TARDIF, 2002; BATISTA *et al* 2015)

Docentes que estão dispostos a se “despir” de seu arsenal técnico e se colocam na posição de aprendizes adequando seus objetivos pedagógicos a realidade das comunidades acabam por construir vínculos mais fortes e produzem facilitadores para a ação como a motivação dos envolvidos, o apoio do serviço, a receptividade dos profissionais e usuários e o trabalho colaborativo. (CÂMARA, GROSSEMAN e PINHO, 2015)

Em contrapartida, o investimento na formação de preceptores faz parte das políticas indutoras dos Ministérios da Saúde e da Educação há pelo menos uma década, por meio de programas e projetos e o interesse em conhecer com profundidade o papel do preceptor na atenção básica

já foi alvo de estudos que apontaram a necessidade de investimento através de educação permanente focada na interdisciplinaridade este elemento parece por evidenciar maiores desafios para a função. (RODRIGUES *et al*, 2012; BISPO *et al*, 2014)

Lima e Rozendo (2015), em investigação recente com preceptores identificaram papel fundamental na sua atuação, mas apontam para dificuldades no seu exercício, principalmente aqueles relacionados às dificuldades pedagógicas para avaliar e planejar atividades com métodos ativos; resistência ao trabalho interprofissional em função do excesso de demanda nas unidades e as deficiências de infra-estrutura.

No entanto ao observar as quatro UDAs com piores escores, que não favorecem a integração ensino-serviço, a situação se inverte em relação à supervisão e preceptoria. Mesmo que também de forma discreta o elemento ‘preceptor’ predomina: perceptível apenas na variação de pontuação da matriz (somatório de pontos dentre as UDAs de ‘agenda própria’: com condução por preceptor 5 pontos e com condução por supervisor 4 pontos).

Considerando que a UDA com rotina de agenda própria a orientação por preceptoria ao menos pode garantir a integração ensino-serviço com e através do preceptor. Enquanto que se for conduzido por supervisor nos sugere o menor favorecimento para a efetiva integração, pois pode ocorrer um isolamento total de ambos os grupos no qual a universidade acaba por fazer suas práticas tradicionais apenas em outro cenário, sem integração com o serviço.

Ao analisar as diferenças entre o caso das duas UDAs de maior pontuação (7 e 8 pontos) e o das duas UDAs de menor pontuação (1 e 2 pontos) a dimensão “serviço” foi a determinante para a variação destes pontos.

E nesta dimensão as únicas duas UDAs que obtiveram conceito BOM foram as do tipo 1 (supervisão e agenda compartilhada) sugerindo que para os profissionais da equipe além do trabalho compartilhado ser determinante, a presença do docente faz diferença.

A dimensão “serviço” tem como indicadores: motivação para trabalho em equipe; aperfeiçoamento profissional e aumento da frequência às atividades coletivas da unidade. Neste sentido, estes três indicadores sugerem um encaideamento.

Se o trabalho parceiro com docentes e discentes inspira e amplia a motivação dos trabalhadores em serviço, tem-se a expectativa do aprimoramento ser permanente e, por conseguinte refletir na qualificação de todas as ações realizadas na unidade.

A aproximação entre ensino e serviço possibilita aos docentes e aos trabalhadores dos serviços de saúde a educação permanente, sendo uma via dupla para o frequente intercâmbio de conhecimento. Neste sentido os atores envolvidos no processo sentem-se motivados ao vivenciar o trabalho em equipe e percebem *in loco* as repercussões e parcerias com a comunidade. (REIBNITZ *et al* 2012; BREHMER E RAMOS,2014).

A participação em diferentes tipos de ações e programas junto à comunidade universitária tem servido como estímulo à qualificação e aprimoramento técnico dos trabalhadores. A convivência com docentes e discentes e a proximidade da universidade podem gerar nos profissionais o desejo de buscar aprimoramentos inclusive especializações. (PIZZINATO *et al* 2012; LIMA e ROZENDO 2015).

Caetano Diniz e Soares (2009) e Feurerwerker e Sena (2002) destacam as repercussões da educação permanente e do ensino em serviço na qualidade dos atendimentos prestados a comunidade tanto individual quanto coletivamente. Estimulam a maior participação popular e a busca pela integralidade e resolubilidade adequadas à realidade local.

Outro ponto que merece destaque neste momento está relacionado à dimensão “ensino”. Esta foi a única dimensão que não apresentou conceito ‘ruim’ / não favorece a integração. Duas UDAs tiveram conceito ‘bom’ / favorece e 6 UDAs obtiveram conceito ‘regular’ / favorece parcialmente.

Este resultado pode sugerir que a integração ensino-serviço seja efetiva para os objetivos da universidade independente do modelo utilizado.

As duas UDAs com maior conceito são do tipo 1 e 2 (supervisor e compartilhada / preceptor e compartilhada) reforçando o argumento anterior que o ‘tipo de agenda’ é elemento determinante porém nos demais tipos de UDAs desta pesquisa favoreceram parcialmente a integração ensino-serviço nesta dimensão.

A dimensão “ensino” possui três indicadores: ampliação do conceito de saúde e do conhecimento do SUS e adequações curriculares. A presença de docentes e discentes no cotidiano das unidades e a realização de ações integradas junto ao serviço e à comunidade podem consolidar a apropriação do conceito de saúde para além de ausência de queixas e ainda a visualização rotineira tanto da filosofia do SUS e seus desafios. Por conseguinte, estas experiências e pessoas acabam por retornar a universidade dispostas a qualificar sua formação de forma permanente.



Há necessidade de formação permanente e exercício contínuo no cotidiano das unidades para que o conceito ampliado de saúde seja incorporado por todos e de fato, estabeleça novas práticas e novos processos de trabalho. (DALMOLIM *et al* 2011; CÂMARA *et al* 2012).

Pesquisas recentes como as de Flores *et al* (2015) e Pereira *et al* (2015) identificam que além da articulação teoria e prática e uma formação mais humanizada e inserida na realidade local, o ensino em serviço amplia o conhecimento do SUS e a proximidade dos alunos da saúde coletiva

Muitos estudos como os de Sordi *et al* (2015), Batista *et al* (2015), Costa e Borges (2015), Sousa e Carcereri (2011), Castro *et al* (2012), Reibnitz (2012) destacam a integração ensino serviço como potencial estratégia colaboradora do processo de mudanças na formação em saúde e ainda que a aprendizagem nos serviços potencializa o desenvolvimento curricular.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo avaliativo e a matriz utilizada no estudo mostraram-se viáveis e permitiram aferir a efetividade da integração ensino-serviço na Atenção Básica. Os dados coletados foram capazes de gerar as informações necessárias à medição dos indicadores, e o método de coleta pode ser adaptado à realidade e às necessidades de cada município.

Quanto ao favorecimento da integração, é perceptível que o elemento ‘manejo de agendas’ é determinante para o processo e que a condução das ações tem um ligeiro predomínio de supervisão sob preceptoria nas unidades melhor pontuadas e da preceptoria sob supervisão nas unidades piores classificadas.

Além disso, os dados sugerem que a integração ensino-serviço é mais efetiva na dimensão ‘ensino’, e que no ‘serviço’ os melhores resultados estão nos tipos em que se têm a presença do supervisor / docente.

O estudo suscita novas reflexões e questionamentos. Nos documentos oficiais e em um número expressivo de publicações a engrenagem entre os envolvidos com a integração ensino-serviço é, ou deveria ser, harmoniosa onde todos teriam repercussões positivas nas suas ações. Porém ao longo da pesquisa, no contato direto com os atores do processo, esta harmonia não se mostrou plena sendo observados também conflitos.

A universidade invade os cenários de prática na Atenção Básica e o serviço parece prestar uma ‘ajuda’ cedendo seus espaços para colaborar com a formação de novos profissionais. Em contrapartida, a universidade também entende que ‘ajuda’ o serviço por ampliar seu escopo de ação e acesso. Os gestores das instituições fazem acordos e convênios, porém a sensação é que um faz “favor” ao outro.

No entanto, nesta relação de ‘favores’ e ajuda mútua parece-nos que existe uma assimetria.

Enquanto no ‘ensino’ existe a necessidade da formação nos cenários de prática do SUS e uma legislação para tal (DCN) para o serviço tem-se uma recomendação em uma política pública (PNEPS).

A publicação das DCN Saúde praticamente ‘obriga’ / recomenda a inserção de alunos nos cenários de prática, em especial, na Atenção Básica com objetivo de formar no e para o SUS. E na Saúde a PNEPS indica que o ensino em serviço potencializa a motivação e aprimoramento dos profissionais da rede.

Nos demais vértices do quadrilátero, a ‘gestão’ realiza sua função ‘meio’ através de seu papel administrativo, firmando os convênios e possibilitando o trabalho parceiro interinstitucional. E a ‘comunidade’ em muitos casos fica à margem do processo e na maioria das vezes não compreendendo a presença de alunos nas unidades ou ainda com a expectativa de estar “ajudando” os futuros profissionais.

Faz-se necessário pensar na integração ensino-serviço como uma política pública forte também no serviço. A gestão precisa identificar e formalizar as unidades e os profissionais com perfil para o trabalho integrado e refletir sobre possibilidades reais de compensações. Estas unidades necessitam de estrutura diferenciada em função do número de atores diariamente no ambiente, certificação para os profissionais da equipe e preceptores inclusive incidindo em pontuação na sua carreira, estímulos para cursos de aperfeiçoamento e investimento constante na formação.

Por sua vez, a gestão dos cursos da saúde das universidades também precisa exercer seu papel na identificação de docentes com perfil para o trabalho integrado na rede.

Esta é a forma de minimizar a chance de estar nesta função um professor com pouco conhecimento e comprometimento com SUS e preocupado exclusivamente com seu núcleo profissional e com condições clínicas especiais em um cenário diferenciado de sua clínica, laboratório ou hospital vinculado à universidade. Além da identificação, fomentar e apoiar os trabalhos integrados de pesquisa e extensão em equipe junto as comunidades e equipes de saúde.

Finalmente, sugere-se a necessidade de refletir, formalizar e definir objetivos, metodologias, papéis, formações e avaliações conjuntas da integração ensino-serviço respeitando as características das localidades com o objetivo de torná-la mais efetiva, consolidada e repercutindo sobre todos os envolvidos de maneira equânime.

## REFERÊNCIAS

BATISTA SHSS, JANSEN B, ASSIS EQ, SENNA MIB, CURY GC. Formação em Saúde: reflexões sobre os Programas Pró-Saúde e Pet Saúde. *Interface (Botucatu)*. v. 19, supl 1, p. 743-752, 2015.

BISPO EPF, TAVARES CHF, TOMAZ JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. v.18, n. 49, p. 337-350, 2014.

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. v.16, n. 1, p. 228-237, 2014.

CAMARA AMCS, GROSSEMAN S, PINHO DLM. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface (Botucatu)*. v. 19, supl 1, p. 817-829, 2015.

CÂMARA AMCS, MELO VLC, GOMES MGP, PENA BC, SILVA AP, OLIVEIRA KM. Percepção do Processo Saúde-Doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *RevBras Educação Med*. v. 36, n.1, p. 10-50, 2012.

CASTRO R. D. BRAGA C.C., FREIRES I. A. Integração ensino serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. *Rev. Brasil. Ciências da Saúde*. v. 16, n.1, p. 235-238, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, JL.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais*

à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

COSTA MV, BORGES FA. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 753-763, 2015.

DALMOLIM BB, ZAMBERLAN C, SCHAURICH D, COLOMÉ JS, GEHLEN MH. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. Esc Anna Nery. v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

ELLERY, AEL, BOSI, MLM, LOIOLA, FA. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. Saúde Soc. v.22, n.1, p.187-198, 2013

FAGUNDES NC, BURNHAM TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. Interface (Botucatu). v. 9, n. 16, p. 105-114, 2005.

FERREIRA VSC, ANDRADE CS, FONTES AMDV, ARAÚJO MCF, ANJOS SDS. Modos de cuidar e educar a partir do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 857-868, 2015.

FLORES LM, TRINDADE AL, LORETO DR, UNFER B, DALL'AGNOL MM. Avaliação do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde/Vigilância em Saúde pelos seus atores. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 923-930, 2015.

GONÇALVES, G.P.; ALBIERO, J.F.G. A participação da fisioterapia na resolubilidade da atenção básica em Blumenau – SC. Revista Extensão em Foco. v.1, n.7, p. 121-130, 2011.

LIMA PAB, ROZENDO CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 779-791, 2015.

MADRUGA LMS, RIBEIRO KSQS, FREITAS CHM, PÉREZ IAB, PESSOA TRRF, BRITO GEG. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 805-816, 2015.

PEREIRA, A.F. Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal. [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA SCL, REIS VOM, LANZA CRM, ALEIXO IMS, VASCONCELOS MMA. Percepção de monitores do PET-Saúde sobre sua formação e trabalho em equipe interdisciplinar. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 869-878, 2015.

PIZZINATO, A. et al A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUSRevBrasEducMed. v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

PERRENOUD P, PAQUAY L, ALTET M, CHARLIER E. Formando professores profissionais: quais estratégias? Quais competências? Porto Alegre: Artmed; 2001.

REIBNITZ, KS. *et al* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró-Saúde I e II. Rev. Brasileira de Educação Médica. v. 36, n.1, p. 68-75, 2012.

RODRIGUES AAAO, JULIANO IA, MELO MLC, BECK CLC, PRESTES FC Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica. v. 36, n.1, p. 184-192, 2012.

SANDER B. Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento. Campinas, SP: Autores associados, 1995. 220p.

SORDI MRL, LOPES CVM, DOMINGUES SM, CYRINO EG. O potencial da avaliação formativa nos processos de mudança da formação dos profissionais da saúde. Interface (Botucatu). v. 19, supl 1, p. 731-742, 2015.

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino serviço em um curso de graduação em odontologia. Interface - Comunic.,Saude, Educ. v.15, n.39, p.1071-1084, 2011.

TARDIF M. Saberes docentes e formação profissional. 2a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para atingir seu objetivo, este estudo percorreu uma trajetória de muitas etapas utilizando dois fios condutores de costura entre eles. Um deles de reconhecimento do que é ser efetivo na integração ensino-serviço com vistas a repercutir seus efeitos em todos os envolvidos; e o outro identificar os elementos e indicadores que melhor poderiam mensurar o processo. Ambos tiveram como premissa que fossem construídos tanto sob o olhar da literatura especializada quanto pela participação direta dos atores da integração: gestão – serviço – comunidade e ensino.

Este caminho fica bem ilustrado ao percorrer a sequência de manuscritos produzidos durante a tese.

A partir de leituras, reflexões e debates nas disciplinas do curso e no NEPAS, foi construída e proposta uma tipologia de unidades docente-assistenciais que considerou dois elementos: a forma de organização dos processos de trabalho nos cenários de prática (compartilhado / próprio) e o elemento de aproximação entre o ensino, equipe, comunidade e território (supervisor / preceptor).

Em seguida, foram elaborados dois manuscritos complementares que se propuseram a ouvir os atores que vivem o processo na sua rotina. Com os resultados dessa ‘escuta’, entremeada com o suporte da literatura foram identificados os elementos e indicadores que poderiam avaliar a efetividade da integração ensino-serviço.

De posse de uma tipologia e deste rol de informações foi construída, discutida por pares em oficina de consenso e aprovada uma matriz avaliativa para a integração ensino-serviço na AB composta por quatro dimensões e dez indicadores.

Posteriormente à sua aplicação, foi perceptível que o modelo avaliativo desenvolvido foi capaz de gerar as informações necessárias para a realização da avaliação e que pode ser replicado em UDAs de AB em outros municípios e estados.

Por fim, o modelo foi testado, o que possibilitou responder as perguntas e os objetivos desta pesquisa, bem como suscitar questionamentos e reflexões acerca da integração ensino-serviço praticada.

A avaliação apontou a existência de variações de favorecimento para uma efetiva integração ensino-serviço de acordo com a forma de condução dos processos de trabalho e tipo de condução. Identificou que a presença do supervisor é importante para os profissionais do serviço e

que a integração favorece os objetivos do ensino em qualquer tipo proposto.

O caminhar da pesquisa também evidenciou desafios e reflexões que ultrapassaram seus objetivos e merecem ser dialogados nesse momento.

A integração ensino-serviço parece-nos realizada de forma assimétrica e não harmoniosa, como preconizada na maioria dos escritos sobre o tema. Sabe-se que este é um assunto tanto da educação quanto da saúde. Porém, a educação aponta a integração como ‘obrigação’ em função das DCNs e avaliações dos cursos; por outro lado, na saúde ela é sugerida como proposta na PNEPS. Sendo assim é norma em um lado e, no outro, a sugestão de parceria.

Como ficaria o ensino de saúde em um município brasileiro se a secretaria de saúde optasse por não abrir seus cenários para a universidade? E como ficaria o serviço se a universidade escolhesse não ir mais para a rede? Certamente os impactos seriam muito distintos.

Neste cenário faz-se necessário formalizar com política forte a integração ensino-serviço no município. Assumir que o SUS é escola de forma contundente, sistematizada e com legislação.

Os profissionais das equipes com perfil para trabalho integrado e interessados em trabalhar de forma parceira com a universidade devem ser ‘garimpados’ pela gestão. E que as UDAs recebam compensações pelo seu trabalho, sejam eles financeiros, ou em pontuação para plano de carreira, estímulo e fomento para aperfeiçoamentos e especialização, certificação a todos os envolvidos.

Pensamos que desta forma, além de qualificar o processo, pode-se contribuir no equilíbrio de responsabilidades e compromissos entre a universidade e o serviço.

O estudo deixa transparecer também uma fragilidade nessa ‘engrenagem’ da integração. A comunidade se mostrou à margem do processo. Em muitos casos, entendia que seu papel na integração era ‘ajudar’ no aprendizado dos alunos sugerindo que não se sentia parte e nem muito menos que poderia sofrer efeitos dessa integração.

Esta fragilidade pode ser compensada com planejamento conjunto das ações. Neste, a universidade flexibiliza seus objetivos e interesses pedagógicos e o serviço ajusta seus processos de trabalho em prol da demanda local. Nesta lógica o Conselho Local de Saúde assume papel ímpar para expor as necessidades e expectativas da comunidade e, além disso, pode contribuir na disseminação de conhecimento do quê é e para quê serve uma UDA.



Por fim, este estudo reitera que a integração ensino-serviço efetiva é a principal ferramenta para a formação de profissionais para o SUS, a formação permanente dos profissionais e a qualidade da assistência prestada à comunidade.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE V.S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** [online]. v.32, n.3, p. 356-362, 2008.

ALBUQUERQUE C.P. **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade: narrativas e tessituras.** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ALBIERO J.F.G.; MENEGHEL, S. M. Formação humana em saúde: a construção de elementos-chave de reflexão inspirados em I. Kant. **FisioBrasil**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 93 , p.12-18, 2009.

ALMEIDA, M. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área da saúde.** Londrina: Rede Unida, 2003.

ALVES L.A. *et al* Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica a comunidade. **R bras ci Saúde** v.6, n.2, 235-238, 2012.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. **Cad. Pesq**, v. 36, n. 129, p. 637-51, 2006.

AMÂNCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v8, n15, p.375-80, 2004.

ARANTES, C. I. S *et al.* O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem** v. 16, n. 3, p. 470-478, 2007.

BAPTISTA SS, BARREIRA IA. Enfermagem de nível superior no Brasil e vida associativa. **Rev Bras Enferm.** v.59 (esp), p. 411-416, 2006.

BARBIERI, FB. **A Rede UNIDA e o Movimento de Mudança na Formação dos Profissionais de Saúde.** [Dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina, 2006.

BARZENSKI, A. **A integração ensino-serviço no desenvolvimento das competências dos agentes comunitários de saúde.** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Saúde e Gestão do Trabalho. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí SC, 2009.

BARRETO, I.C.H.C. *et al* Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc. São Paulo**, v.21, supl.1, p.80-93, 2012.

BECCARIA, L.M.; TREVISAN M.A.; JANUCCI, M.Z. Integração docente-assistencial entre um curso de enfermagem e um hospital de ensino: concepção do processo sob a ótica de docentes, alunos e enfermeiros. **Arq. Ciênc. Saúde** v.13, n.3, p.61-69, 2006.

BECCARIA, L.M.; TREVISAN M.A.; JANUCCI, M.Z. Ações do processo de integração docente-assistencial entre um curso de graduação em enfermagem e um hospital de ensino. **Arq Ciênc Saúde**. v. 13, n.2, p.87-94, 2006.

BERETTA, I.K.; CALVO, M.C.M.; LACERDA, J.T. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cad. Saúde Pública** v. 27, n.11, p. 2143-2154, 2011.

BRANDÃO, E.R.M.; ROCHA, S.V.; SILVA, S.S. Práticas de Integração Ensino-Serviço- Comunidade: Reorientando a Formação Médica **Rev Bras Educ Med** v. 37, n.4, p. 573-577, 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 018055

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria do ensino superior. **Programa de integração docente - assistencial - IDA**. Brasília: MEC-SESU-CCS, 1981. 32p. (Caderno Ciências da Saúde, n.3).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde – Brasília, 2004

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **PetSaúde: Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013

BREHMER, L.C.F.; RAMOS, F.R.S. Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 16, n.1, p. 228-37, 2014.

BREHMER, L.C.F. **A integração ensino-serviço em experiências do pró-saúde na enfermagem/sc: estratégia para a consolidação da atenção básica à saúde**. [Tese] Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

BROUSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULUS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011

CAETANO, J.A; DINIZ R.C; SOARES,E. Integração docente-assistencial sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cogitare Enfermagem** v. 14, n. 4, p.638-44, 2009.

CAMPOS, F.E. *et al* Caminhos para Aproximar a Formação de Profissionais de Saúde das Necessidades da Atenção Básica. **RevBras Educ Med**, v.25, n 2, p. 53-59, 2001.

CARVALHO, Y. M. & CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CASTRO R. D. BRAGA C.C., FREIRES I. A. Integração ensino-serviço: experiência exitosa na atenção odontológica à comunidade. **Rev. Brasil. Ciências da Saúde** v. 16, p. 235-238, 2012.

CAVALHEIRO, M.T.P., GUIMARÃES A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. **Cadernos do FNEPAS** v. 1, n. 1, p. 1-9, 2011.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n. 4, p.975-986, 2005.

CECCIM, R. B. FEUERWERKER L. Mudança na graduação das profissões da saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública** v. 20, n.5, p. 1400-1410, 2004.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p.41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - comunicação, saúde, educação**. v. 9, n. 16, p.161-178, 2005.

CECCIM, R. B. ; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005. p. 253-267

CHAVES, J.A., ROSA, A.R. Org. **Educação médica nas Américas: o desafio dos anos 90**. São Paulo, Federação Pan-Americana de Faculdades e Escolas Médicas Cortez, 1990.

COLISSELI, L. *et al* Estágio curricular supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço. **Rev Bras Enferm** v.62, n.6, p. 932-937, 2009.

COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Odontologia. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, JL. ; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-48.

CUNHA, P.F., MAGAJEWSKI, F. Gestão participativa e a valorização dos trabalhadores: avanços no âmbito do SUS. **Saúde Soc.** v.21, supl 1, p.71-79, 2012.

DAVOK, D.F. Qualidade em educação. **Avaliação [online]** Campinas v12, n.3, p. 505-513, 2007.

ELLERY, A.E.L.; BOSI, M.L.M.; LOILOLA, F.A. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. **Saúde Soc.** v.22, n.1, p.187-198, 2013.

ESTATUTO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA REDE UNIDA, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/rede-unida/estatuto-da-rede-unida/estatuto-da-rede-unida-pdf>

FACCHINI, L.F. *et al.* Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública** [online] v.24, supl.1, p. 159-172, 2008.

FAGUNDES NC, BURNHAM TF. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface (Botucatu)**. v. 9, n. 16, 105-114, 2005.

FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciênc Saúde Coletiva** v. 11, p. 553-563, 2006.

FERLA. A. A. FAMER, C.M. e SANTOS L.M. org. **Integração ensino-serviço: caminhos possíveis?** Editora Rede Unida, 2013

FERREIRA, S.R. **Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço.** [Dissertação] Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FERREIRA, J.B.B.; FORSTER, A.C.; SANTOS, J.S. Reconfigurando a Interação entre Ensino, Serviço e Comunidade **Rev Bras Ed Med** v. 36, n.1, supl. 1, p.127-133, 2012.

FERREIRA, V.S. *et al* PET-Saúde: uma Experiência Prática de Integração Ensino-serviço-comunidade **Rev Bras Ed Med** v. 36, n.1, supl. 2, p. 147-151, 2012.

FEUERWERKER, L.C.M. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde. **Cadernos da ABEM**. v.2, 2006.

FEUERWERKER L.C.M. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**. v. 3, n. 1, p. 24-27, 2003.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.6, n.10, p. 37–50, 2002.

FERRAZ F. **Contexto e processo de desenvolvimento das comissões permanentes de integração ensino-serviço**. [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

FINKLER, M.; CAETANO, J.C.; RAMOS, F.R.S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** v.15, n.39, p.1053-1067, 2011.

FUENTES, P.S.; GARCIA, M.A. Impacto de un modelo de integración docente asistencial en la formación profesional y el campo clínico **Ciencia y Enfermería** v. XVII, n. 3, p. 51-68, 2011

FURTADO, J.P. Um método construtivista para avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. Edição – São Paulo: Atlas, 2008.

GIL, C.R.R. *et al* Interação ensino, serviços e comunidade: desafios e perspectivas de uma experiência de ensino-aprendizagem na atenção básica **Rev Bras Educ Med** v.32, n. 2, p. 230-239, 2008.

GOMES, M.A.S.M.; HARTZ, Z.M.A. Avaliação e Gestão Municipal de Saúde. **Revista Saúde em Foco** v.1, n. 21, p. 7-19, 2001.

GONÇALVES, M.A.S. Estudo de caso: reflexões sobre paradigmas. **UNIrevista** v. 1, n. 1, p. 19-22, 2006.

HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM, org. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; 2005.

HOLBROOK, W.P. *et al*. Balancing the role of the dental school in teaching, research, and patient care; including care for underserved areas. **European Journal of Dental Education** v.1, n.12, p. 161-166, 2008.

KOVALESKY, D. F. **A relevância como critério da avaliação da gestão em Saúde Pública** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.



KOVALESKY, D.F.; COLUSSI, C.; FREITAS S.F.T.; CALVO M.C.M. As contribuições de Benno Sander para avaliação da gestão em saúde. **RevEnfermagem** v.7 n.7, p. 31-46, 2011

KUABARA, C.T.M. *et al* Integração ensino e serviços de saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Min Enferm** v.18, n. 1, p. 195-201, 2014.

LACERDA, L.N.L. *et al* A integração ensino-serviço contribui para a promoção de modos saudáveis de vida na atenção primária a saúde? **Rev APS** v. 16, n.2, p. 207-211, 2013.

LAST JM. **A dictionary of epidemiology**.3rd Ed. New York: Oxford Univesity Press; 1995.

LIMA, J.O. **Uma estratégia para articulação ensino-serviço no SUS-BA: a rede de integração da educação e trabalho na saúde**. [Dissertação] Escola Nacional de Saúde Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MACHADO, M.F.A.S. *et al* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MARIN, M.J.S. *et al* A integração ensino-serviço na formação de enfermeiros e médicos: a experiência da FAMEMA **Ciência & Saúde Coletiva** v. 19, n. 3, p. 967-974, 2014.

MADRUGA LMS, *et al* The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives **Interface (Botucatu)** v. 19, supl 1, p. 805-816, 2015.

MARIN, M.J.S. *et al* Aspectos da Integração Ensino-Serviço na Formação de Enfermeiros e Médicos **RevBras Educ Med** v. 37, n. 4, p. 501-508, 2013.

MARINHO, A. FAÇANHA, L. O. F. **Programas sociais - efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação**. Rio de Janeiro: IPEA, 2001.

MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. *et al*. (Org). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 97-108.

MARSIGLIA, Regina Giffoni. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo : Hucitec, 1995. 118p, il.

MENDÉZ, S. **Influencia de la integración docente asistencial en la calidad de los servicios del primer nivel del Perú y en la formación médica**. [Tese] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Peru, 2012.

MENEGHIN, M.C. *et al* Pró-Saúde e os Quarenta Anos de Integração Docente-assistencial da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – Unicamp. **Rev Bras Educ Med** v. 37, n. 1, supl. 2, p. 97-104, 2012.

MINAYO, M.C.S. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

MINAYO, M.C.S. Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças **Rev Bras Educ Med** v. 33, n.1, supl. 1, p. 83-91, 2009.

MIRANDA, C; CARVALHO V.; SOUZA, E. Integração docente-assistencial – uma questão “não resolvida”. **Esc. Anna Nery R. enferm.**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 72-83, 1997.

MORAIS FILHO L.A. *et al*. Educação permanente em saúde: uma estratégia para articular ensino e serviço; **Rev Rene**. v. 14, n. 5, p. 1050-1060, 2013.

MORITA, M.C.; HADDAD, A.E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais – Interface da área da Educação e da Saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes da Saúde da Família. In: MOYSÉS, S. T.; KRIGER, L.; MOYSÉS, S.J. (Orgs). **Saúde Bucal das Famílias – Trabalhando com Evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008. p. 268 – 276.

NICKEL, D.A. **Modelo de avaliação da efetividade da atenção em saúde bucal**. [Dissertação] Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

OLIVEIRA, L.G.D *et al*. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 15, supl. 1, p. 997-1008, 2010.

OLSCHOWSKY, A; SILVA, GB. Integração docente-assistencial: um estudo de caso. **Rev. esc. enferm. USP** v. 34, n. 2, p. 128-137, 2000.

PEREIRA, A.F. **Integração ensino-serviço em Porto Alegre: a construção do distrito docente assistencial Glória-Cruzeiro-Cristal.** [Especialização] Grupo Hospitalar Conceição e Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PEREIRA, J.G. **Articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: em foco o distrito do Butantã** [Dissertação] Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. A contribuição da articulação ensino-serviço para a construção da vigilância da saúde: a perspectiva dos docentes. **Rev. Latinoam. Enferm** v. 17, n. 2, p. 167-173, 2009.

PEREIRA, J. G.; FRACOLLI, L. A. Articulação ensino-serviço e vigilância da saúde: a percepção de trabalhadores de saúde de um distrito escola. **Trab. Educ. Saúde** v. 9, n. 1, p. 63-75, 2011.

PINTARELLI, K.L.B. **Avaliação da integração ensino-serviço no curso de auxiliar de saúde bucal.** [Dissertação] Mestrado Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

PINTO, L.L.S.; FORMIGLI V.L.A.; RÊGO R.C.F. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em medicina social. **RevBai Sau Publ** v. 31, n.1, p. 115-133, 2007

PIZZINATO, A. *et al* A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS **RevBras Educ Med** v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, 2012.

REIBNITZ K. S. *et al* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos PróSaúde I e II. **RevBras de Educ Med** v. 36, n.1, p. 68-75, 2012.

RESENDE, P.P. **Formação técnica em saúde na ETSUS Tocantis: análise da integração do ensino com os serviços de saúde.** [Dissertação] Mestrado Saúde e Gestão do Trabalho Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí, 2009.

RIBEIRO, I.L. **Aprendizagem na interação ensino-serviço-comunidade. A formação na perspectiva dialógica da sociedade.** [Dissertação] Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013.

RODRIGUES, A.A.A.O. *et al* Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. **RevBras Educ Med** v. 36, n.1, p. 184-192, 2012.

SALIBA N. A. *et al* Integração ensino-serviço e impacto social em cinquenta anos de história da saúde pública na Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista. **RGO** v. 57, n.4, p. 459-465, 2009.

SANDER B. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas, SP: Autores associados, 1995. 220p.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SCARATTI, D. CALVO M.C.M. Indicador sintético para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde. **Rev SaúdePública** v. 46, n.3, p. 446-455, 2012.

SCRIVEN M. **The logic of evaluation**. In H.V. Hansen, *et al.*, Dissensus and the search for common ground. Windsor, ON: OSSA, 2007.

STROSCHEIN K.A.; ZOCHE D.A.A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab Educ Saúde**. v. 9, n.3, p. 505-519, 2011.

SILVA, L. M. V. & FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ** v. 10, n.1, p. 80-91, 1994.

SILVA, E.V.M. A Formação de Profissionais da Saúde em Sintonia com o SUS - currículo integrado e interdisciplinar. **Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS**. Ministério da Saúde: Brasília, 2008. 28p.

SOUZA L.E.P.F, SILVA L.M.V, HARTZ Z.M.A. **Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil**. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde – dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-91.

SOUZA, A.L.; CARCERERI, D.L. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em odontologia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.15, n.39, p.1071-1084, 2011.

SOUZA P.L. Projetos PET-Saúde e educando para a saúde: construindo saberes e práticas **RevBras Educ Med** v. 36, n. 1, supl. 1, p. 172-177, 2012.

SOUZA A.L. **Integração ensino-serviço no curso de graduação em odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: Edusp, 2004. 83p.

TOMBINI L.H.T. **Educação permanente e integração ensino-serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço** [Dissertação]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010

VIACAVA F, *et al.* Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciênc Saúde Coletiva** v. 9, n.1, p. 711-724, 2004.



## **APÊNDICE**

### **APÊNDICE A- ENTREVISTA APLICADA AOS ENVOLVIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (GESTÃO – SERVIÇO – COMUNIDADE – ENSINO)**

Grupo que pertence:

- 1) O quê você entende por integração ensino-serviço?
- 2) Destaque pontos fortes e desafios dessa integração para os envolvidos.
- 3) Como é possível avaliar o processo?
- 4) Quais indicadores você considera importantes para identificar que a integração ensino-serviço está ocorrendo de forma efetiva?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS ENVOLVIDOS NA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO (GESTÃO – SERVIÇO – COMUNIDADE – ENSINO)**

Distribua a lista abaixo nos três grupos da tabela com três itens em cada um.

**A integração ensino-serviço é efetiva e de qualidade quando contribui para:**

- 1) Satisfação do usuário
- 2) Motivação dos profissionais para desenvolvimento do trabalho em equipe
- 3) Ampliar o conceito de saúde e conhecimento do SUS na rotina dos acadêmicos
- 4) Aumentar o acesso (número de atendimentos a comunidade)
- 5) Atualizar e reformular dos currículos universitários
- 6) Resolubilidade da Atenção Básica (nesse caso, ESF)
- 7) Fortalecer o controle social (nesse caso, conselho local)
- 8) Aumentar e manter a adesão aos grupos educativos
- 9) Aperfeiçoamento profissional (ampliação dos currículos dos profissionais)

MAIOR IMPORTÂNCIA	MÉDIA IMPORTÂNCIA	MENOR IMPORTÂNCIA



APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS  
DA REDE – REFERENTE À DIMENSÃO SERVIÇO: INDICADOR  
03 (MOTIVAÇÃO)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AValiação DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: REPERCUSSÕES NA  
FORMAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS E NA SAÚDE DA  
COMUNIDADE

DOCTORANDO: JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO

ORIENTADOR: SÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS

**INSTRUMENTO COMPONENTE DE MATRIZ AVALIATIVA PROPOSTA**

Esta pesquisa objetiva propor um modelo de avaliação e acompanhamento da integração ensino-serviço. Uma avaliação formativa a fim de qualificar o processo para todos os envolvidos (profissionais do serviço, professores e alunos da universidade, gestores e toda a comunidade).

Sua participação é MUITO importante.

Neste sentido, NÃO há **respostas certas ou erradas**.

**Queremos somente sua opinião sincera.**

Este questionário é de natureza **confidencial**.

O tratamento deste é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu **anonimato** é garantido.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 988.520/15

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 155/12.

**Dimensão 02 – Serviço / Indicador Motivação para Trabalho em Equipe**

Para cada item proposto pontue de 0 a 5 de acordo com o seguinte escore:

0 – totalmente desmotivado

1 – muito desmotivado

2 – desmotivado

3 – motivado

4 – muito motivado

5 – totalmente motivado

- a) Trabalhar nesta unidade de saúde: ( )
- b) Desenvolver trabalhos em equipe ( )
- c) Disposição para aprendizados novos ( )
- d) Participar de processos de avaliação para futuras mudanças ( )
- e) Planejar, discutir e desenvolver atividades com universidade ( )

Dentre os motivos da sua desmotivação, enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os itens abaixo:

- ( ) Falta de tempo com sobrecarga de trabalho
- ( ) Ambiente de trabalho
- ( ) Reconhecimento e parceria da equipe
- ( ) Cansaço
- ( ) Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Dentre os motivos da sua motivação, enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os itens abaixo:

- ( ) Perfil pessoal
- ( ) Ambiente de trabalho
- ( ) Aprimoramento permanente
- ( ) Reconhecimento e parceria da equipe
- ( ) Contato com alunos, professores e bolsa de incentivo
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

APENDICÊ D - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS  
REPRESENTANTES DA COMUNIDADE - DIMENSÃO  
COMUNIDADE: INDICADORES 06 (SATISFAÇÃO) E 07  
(FORTELECIMENTO CONTROLE SOCIAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AValiação DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: REPERCUSSÕES NA  
FORMAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS E NA SAÚDE DA  
COMUNIDADE

DOCTORANDO: JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO

ORIENTADOR: SÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS

**INSTRUMENTO COMPONENTE DE MATRIZ AVALIATIVA PROPOSTA**

Esta pesquisa objetiva propor um modelo de avaliação e acompanhamento da integração ensino-serviço. Uma avaliação formativa a fim de qualificar o processo para todos os envolvidos (profissionais do serviço, professores e alunos da universidade, gestores e toda a comunidade).

Sua participação é MUITO importante.

Neste sentido, NÃO há **respostas certas ou erradas**.

**Queremos somente sua opinião sincera.**

Este questionário é de natureza **confidencial**.

O tratamento deste é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu **anonimato** é garantido.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 988.520/15

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 155/12.

**Dimensão 03 – Comunidade / Indicador Satisfação**

Para cada item proposto pontue de 0 a 5 de acordo com o seguinte escore:

- 0 – nenhuma satisfação
- 1 – pouca satisfação
- 2 – satisfeito (a)
- 3 – alta satisfação
- 4 – muito alta satisfação
- 5 – totalmente satisfeito (a)

- a) Atendimento nesta unidade ( )
- b) Forma de tratamento da equipe ( )
- c) Estrutura física e disponibilidade de material ( )
- d) Acolhimento dos profissionais ( )
- e) Contato e atividades com alunos e professores ( )

Enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os motivos para a sua insatisfação.

- ( ) Não há vagas e muita espera para o atendimento
- ( ) Falta material e estrutura ruim
- ( ) Profissionais são grosseiros e pouco afetuosos
- ( ) Muita gente na unidade atrapalha
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

Enumere por ordem de importância (sendo o 1 o mais importante) os motivos para a sua satisfação.

- ( ) Qualidade dos atendimentos
- ( ) Equipe afetuosa e acolhedora
- ( ) Pouco tempo de espera
- ( ) Facilidade de conseguir medicamentos e ser encaminhado para exames e consultas
- ( ) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Dimensão 03 – Comunidade / Indicador Fortalecimento Controle Social**

Quanto a participação da comunidade na unidade de saúde. Em relação aos últimos dois anos responda.

- 0 – discordo totalmente
- 1 – discordo parcialmente
- 2 – discordo
- 3 – concordo um pouco
- 4 – concordo muito
- 5 – totalmente de acordo

- a) Melhorou a sua participação (    )
- b) A comunidade é ouvida na unidade (    )
- c) Conselho Local está mais atuante (    )
- d) As pessoas estão mais interessadas em participar (    )

Fale sobre a sua impressão sobre a presença de alunos e professores nesta unidade:

APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO APLICADO AOS REPRESENTANTES DA UNIVERSIDADE – DIMENSÃO ENSINO: INDICADORES 08 (AMPLIAÇÃO CONCEITO SAÚDE) E 09 (AMPLIAÇÃO CONHECIMENTO SUS)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

AValiação DA INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO: REPERCUSSÕES NA FORMAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS E NA SAÚDE DA COMUNIDADE

DOUTORANDO: JOSÉ FRANCISCO GONTAN ALBIERO

ORIENTADOR: SÉRGIO FERNANDO TORRES DE FREITAS

#### **INSTRUMENTO COMPONENTE DE MATRIZ AVALIATIVA PROPOSTA**

Esta pesquisa objetiva propor um modelo de avaliação e acompanhamento da integração ensino-serviço. Uma avaliação formativa a fim de qualificar o processo para todos os envolvidos (profissionais do serviço, professores e alunos da universidade, gestores e toda a comunidade).

Sua participação é MUITO importante.

Neste sentido, NÃO há **respostas certas ou erradas**.

**Queremos somente sua opinião sincera.**

Este questionário é de natureza **confidencial**.

O tratamento deste é efetuado de uma forma global, não sendo sujeito a uma análise individualizada, o que significa que o seu **anonimato** é garantido.

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina sob o parecer 988.520/15

Pesquisa aprovada no Comitê de Ética para Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Regional de Blumenau sob o parecer 155/12.

**Dimensão 04 – Ensino / Indicador Ampliação do Conceito de Saúde**

Para cada item proposto pontue de 0 a 5 de acordo com o seguinte escore:

- 0 – discordo totalmente
- 1 – discordo parcialmente
- 2 – discordo
- 3 – concordo um pouco
- 4 – concordo muito
- 5 – totalmente de acordo

- a) Eu conheço o conceito ampliado de saúde ( )
  - b) Eu vivenciei na prática o conceito ampliado de saúde ( )
  - c) Entendi melhor o conceito ampliado de saúde depois que vim para a unidade ( )
  - d) Consigo levar para as outras disciplinas esse aprendizado ( )
  - e) O conceito ampliado de saúde é o meu conceito de saúde ( )
- 

**Dimensão 04 – Ensino / Indicador Ampliação do Conhecimento sobre o SUS**

- a) Conheço os princípios do SUS ( )  
(universalidade, equidade, integralidade...)
- b) Vejo estes princípios colocados em prática ( )
- c) Me sinto seguro (a) para trabalhar no SUS ( )
- d) Me sinto confortável com a linguagem do SUS ( )  
(matriciamento, empoderamento, acolhimento, território...)
- e) Consigo relacionar o SUS com as outras disciplinas do curso ( )

## REFERÊNCIAS DOS APÊNDICES C, D E E

Os 3 questionários foram adaptados de:

MOIMAZ, SAS *et al.* Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**[online]. v.20, n.4, p. 1419-1440, 2010.

CASTRO *et al* A Satisfação dos Usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS) **Sociedade em Debate**. v. 14, n.2, p. 113-134, 2008.

GOUVEIA, GC *et al* . Satisfação dos usuários do sistema de saúde brasileiro: fatores associados e diferenças regionais. **Rev. bras. epidemiol.** v. 12, n. 3, p. 281-296, 2009.